

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N^o

633

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Maurice LAIR

Né le 6 Mars 1907 à Congy (Marne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ARTÉRITES DES MEMBRES INFÉRIEURS
CHEZ LES SYPHILITQUES

ÉTUDE CLINIQUE ET ARTÉRIOGRAPHIQUE

Président : M. SERGENT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550428_0082

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Maurice LAIR

Né le 6 Mars 1907 à Congy (Marne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ARTÉRITES DES MEMBRES INFÉRIEURS
CHEZ LES SYPHILITQUES

ÉTUDE CLINIQUE ET ARTÉRIOGRAPHIQUE

Président : M. SERGENT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
1, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.	LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
BERNARD Étienne. Pathologie médicale.	LEMAIRE Pathologie expérimentale.
BOULIN Pathologie médicale.	LEVEUF Pathologie chirurgicale.
BROCQ..... Pathologie chirurgicale.	M ^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
BULLIARD..... Histologie.	LÉVY-VALENSI.. Neurologie et Psychiâtrie.
CATHALA Pathologie médicale.	MOREAU Pathologie médicale.
CHABROL..... Pathologie médicale.	MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.	MOUQUIN Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.	OBERLING..... Anatomie pathologique.
DONZELOT Pathologie médicale.	PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
FEY Urologie.	PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
GALLIARD..... Parasitologie.	PORTES Obstétrique.
GASTINEL..... Bactériologie.	QUÉNU Pathologie chirurgicale.
GATELIER Pathologie chirurgicale.	RICHET Physiologie.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie	SANNIÉ..... Chimie biologique.
chirurgicale.	SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
GAYET Physiologie.	SÉZARY Dermatologie et syphili-
GIROUD Histologie.	graphie.
HAGUENAU Pathologie médicale.	TROISIER Pathologie expérimentale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.	TURPIN Pathologie médicale.
HAZARD Pharmacologie.	VALLERY-RADOT
HUGUENIN Anatomie pathologique.	(Pasteur)..... Pathologie médicale
JOANNON Hygiène.	VELTER Ophtalmologie
LABBÉ (Henri)... Chimie biologique.	VIGNES Obstétrique.
LACOMME Obstétrique.	WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.	LEROUX..... Anatomie pathologique.
BUSQUET Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.	ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.
ABRAMI	Clinique médicale.	ECALLE.....
AUBERTIN.....		GUÉNIOT
BRULE		LE LORIER.....
CHIRAY		LÉVY-SOLAL ...
DUVOIR		METZGER
HARVIER.....		
LIAN.....		
	MM.	
	BASSET	Clinique chirurgicale.
	CADENAT.....	
	HEITZ-BOYER ..	
	MOCQUOT	
	MOURE	
	SCHWARTZ.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Éducation physique
FREY.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Docteur en Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde
affection.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR SERGENT

Professeur de Propédeutique à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Broussais
Membre de l'Académie de Médecine

Nous le remercions respectueusement du grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. BAZY

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

*C'est grâce à lui que nous avons pu
avoir des observations avec artério-
graphies.*

*Qu'il veuille accepter l'assurance
de notre très respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICHE

Médecin de l'Hospice de Bicêtre

*Il a bien voulu nous permettre
d'examiner un certain nombre de
malades de son service. Nous l'en-
remercions vivement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RACINE

Chef de Clinique à la Faculté

*Qui a inspiré et a eu l'obligeance de
diriger ce travail ; en témoignage de
notre vive et respectueuse reconnais-
sance, qu'il trouve ici l'expression de
notre gratitude pour l'amabilité dont
il a toujours fait preuve à notre égard*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI REBOUL

Interne des Hôpitaux

*Dont le concours nous fut si pré-
cieux.*

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
ET PROFESSEURS AGRÉGÉS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Chez qui nous eûmes l'honneur de
faire nos stages :*

M. LE PROFESSEUR GUILLAIN.

M. LE PROFESSEUR TERRIEN.

M. LE PROFESSEUR CLAUDE.

M^r LE PROFESSEUR LEGUEU.

M. LE PROFESSEUR LEMAITRE.

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet.

M. LE PROFESSEUR TEISSIER.

M. LE PROFESSEUR SEZARY.

M. LE PROFESSEUR VINCENT.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE REIMS

AVANT-PROPOS

On sait avec quelle prédilection la syphilis touche le système cardio-vasculaire.

Depuis longtemps, on a insisté sur le rôle de cette étiologie dans les anévrysmes de l'aorte et des vaisseaux périphériques. Dans ces dernières années, on est revenu sur la fréquence des lésions artérielles syphilitiques viscérales. L'étude des méningo-vascularites est venue confirmer la fréquence de cette atteinte vasculaire, mais par contre, on a discuté la fréquence des artérites syphilitiques des membres. Il semble bien que cette question mérite d'être envisagée à deux points de vue très différents : D'une part, les artérites syphilitiques proprement dites, relativement rares ; d'autre part, le rôle de la syphilis dans les différentes artérites où son action s'ajoute à un nombre considérable d'autres facteurs étiologiques, artériosclérose sénile, calcification du type Moenckeborg, hypercholestérolémie, intoxication tabagique, éthylique, etc...

Il nous a semblé particulièrement intéressant de reprendre cette étude systématiquement et nous l'avons fait dans deux buts principaux. Tout d'abord,

celui de rechercher chez des syphilitiques avérés, chez des syphilitiques en pleine activité évolutive, avant tout chez des malades atteints de paralysie générale progressive, quel était l'état des artères des membres, en dehors de tout signe fonctionnel accusé par ces malades. Nous avons été surpris de constater un nombre considérable d'artérites latentes révélées seulement par des modifications souvent très considérables de l'oscillométrie. D'autre part on avait insisté depuis longtemps sur les altérations vasculaires segmentaires au cours de la syphilis ; il nous a paru utile de reprendre l'étude de ce point particulier avec le contrôle artériographique et de comparer les images obtenues dans les artérites franchement syphilitiques, dans les artérites juvéniles préséniles, séniles, ou même aiguës. Il nous semble que ce caractère segmentaire dont on avait voulu faire l'apanage des artérites syphilitiques se rencontre avec une fréquence extrême et ne mérite pas d'être considéré comme pathognomonique des artérites syphilitiques.

Nous envisagerons dans ce travail les différentes phases par lesquelles est passée l'étude des artérites syphilitiques, puis nous préciserons les bases étiologiques qui permettent de poser d'une manière certaine le diagnostic d'artérite syphilitique. Nous en rappellerons ensuite les principaux caractères cliniques et anatomo-pathologiques ; enfin, grâce à nos observations, et aux examens artériographiques, nous montrerons que la conception classique des

artérites syphilitiques subit par ce procédé nouveau d'exploration, non seulement un remaniement nosologique, mais encore un bouleversement des directives thérapeutiques classiques. Toute une série de procédés nouveaux de traitement peut être mis en œuvre grâce à la localisation précise non seulement en hauteur, mais encore en étendue, du segment artériel oblitéré, de l'état de la circulation collatérale, de la valeur de la nutrition des tissus.

HISTORIQUE

Le rôle de la syphilis dans les affections vasculaires est connu depuis de nombreux siècles. Qu'il nous suffise de rappeler que déjà MORGAGNI et LANCISI incriminaient la syphilis dans la genèse des anévrysmes artériels. Depuis, les travaux classiques des cardiologues français et étrangers en particulier ceux de HUCHARD, LASÈGUE, BOUILLAUD, ceux plus récents de VAQUEZ, LIAN, LAUBRY, ont bien précisé les rapports qui existent entre certaines lésions vasculaires et la syphilis. Cependant, depuis ces vingt dernières années, on a eu tendance à élargir considérablement le cadre des artérites syphilitiques. ARRILLAGA montre que les artérites pulmonaires, même lorsqu'elles ont l'air secondaires à un rétrécissement mitral, sont presque toujours syphilitiques. ESCUDERO et AYERZA insistent sur la fréquence du rôle de la syphilis dans les artérites pulmonaires secondaires à une sclérose broncho-pulmonaire. Dans les artérites cérébrales, surtout lorsqu'elles se traduisent par des accidents de thrombose vasculaire chez des malades de moins de 50 ans, il est classique de rechercher toujours les stigmates cliniques et biolo-

giques de la syphilis. Mais surtout on a fait jouer à cette affection un rôle considérable dans les aortites et dans les angines de poitrine. A telle enseigne que porter ce diagnostic équivalait presque à porter le diagnostic de syphilis. On en était arrivé dans la recherche des signes cliniques de syphilis tardive, viscérale, à rechercher systématiquement l'aortite ; de même dans les artérites des membres inférieurs pendant très longtemps, on a fait jouer un rôle primordial à la syphilis.

Mais, dans ces dernières années, une tendance nouvelle semble prévaloir. C'est ainsi qu'on a discuté tout d'abord la notion de syphilis dans les angines de poitrine. LIAN, dans son dernier livre consacré à cette maladie, montre que la proportion de syphilis, manifeste ou latente, au cours de l'angine de poitrine, ne dépasse pas de beaucoup la proportion des sujets syphilitiques sur 100 malades. GIROUX, DONZELOT, arrivent aux mêmes conclusions et c'est alors que l'on a discuté l'importance de cette étiologie dans les aortites, en particulier LIAN pense que beaucoup d'aortites sont d'origine athéromateuse banale et que pour poser le diagnostic d'aortite syphilitique, il faut un ensemble de signes étiologiques suffisamment nets ou un traitement d'épreuve particulièrement démonstratif.

Pour les artérites oblitérantes des membres inférieurs, depuis les remarquables travaux de PARKES WEBER, de LÉO BUERGER, sur les artérites juvéniles, on sait que la syphilis est très rare dans ces

formes particulières. Mais on a pu étendre aux artérites préséniles et aux artérites séniles les mêmes arguments. LIAN, PUECH et VIAU, rapportant à la Société Médicale des Hôpitaux (29 avril 1927) une statistique de 52 observations personnelles de claudication intermittente par artérite oblitérante, ne trouvent que 6 artérites syphilitiques. C'est donc dire la fréquence minime de cette étiologie manifeste. Il ne semble pas cependant qu'il en soit de même pour toutes les artérites des membres. C'est ainsi que les artérites sténosantes de l'artère sous-clavière semblent beaucoup plus fréquemment d'origine syphilitique. C'est tout au moins l'opinion de LANDAU et HELD qui est discutée par LIAN, GILBERT-DREYFUS et PUECH qui pensent que l'aortite qui donne naissance par propagation à des lésions de la sous-clavière n'étant pas toujours syphilitique, il n'y a pas de raison d'affirmer *à priori* l'origine syphilitique d'une lésion due à l'extension d'une aortite.

Il n'en est pas du tout de même lorsqu'on a affaire à un anévrysme artériel périphérique ; la syphilis joue là un rôle absolument capital, même lorsqu'il y a un traumatisme, c'est un simple facteur occasionnel, la vraie cause déterminante restant la syphilis.

En résumé, dans les affections artérielles, la syphilis joue un rôle discutable. Il faut la rechercher systématiquement du point de vue clinique et biologique, mais il faut tenir compte aussi d'un grand nombre de facteurs étiologiques associés, réalisant de véritables cumuls morbides et l'on sait combien,

entre 40 et 60 ans, il existe fréquemment une auto-intoxication, une perturbation humorale qui constitue une véritable dyscrasie de l'âge critique qui est avec la syphilis, la grande cause des artérites (LIAN).

C'est en partant de ces principes et en étudiant les artérites sous deux grands aspects que nous grouperons nos résultats.

Nous avons examiné un grand nombre d'artérites, plus de 50, aussi bien juvéniles, préséniles que séniles, toujours nous avons recherché la syphilis, et rarement nous l'avons rencontrée, ou, si elle existait, elle était associée à une foule d'autres étiologies qui rendaient difficile la précision dans la genèse du trouble artériel. D'autre part, nous avons examiné au hasard, dans le Service de M. le Dr. RICHE, 14 malades atteints de paralysie générale pris au hasard, dont nous rapportons brièvement les observations, et sur ces 14 malades, il y en a plus de la moitié, qui, presque toujours en dehors de tout symptôme fonctionnel, ont des signes physiques d'artérite des membres inférieurs. Il y a là une notion intéressante qui prouve que l'atteinte du processus vasculaire n'est pas cantonnée dans les vaisseaux cérébraux, mais qu'elle est généralisée à tout l'arbre artériel et que si on la recherche systématiquement on la trouve dans un grand nombre de cas. Chez ces malades, c'est à coup sûr une artérite syphilitique, car il n'y a en règle générale, aucune autre intoxication, aucune autre modification humorale qui permette de discuter une pareille étiologie.

Le fait clinique dominant, c'est l'extrême latence de ces artérites, puisque dans un cas seulement il y avait eu des signes fonctionnels, une gangrène d'un orteil qui avait nécessité son amputation. Dans tous les autres cas, rien ne permettait de soupçonner cette atteinte vasculaire. Ces notions semblent donc confirmer ce que LERICHE indique longuement dans son livre sur l'artériectomie, à savoir que tant que le processus artériel est limité à la tunique interne et aboutit à l'oblitération d'un segment vasculaire, rien ne peut faire soupçonner cette lésion du point de vue fonctionnel. Seule, l'oscillométrie montre une abolition presque complète des oscillations et témoigne de la gêne de la vascularisation. Ce n'est que dans le cas où le processus gagne la tunique externe de l'artère que l'irritation des filets sympathiques entre en jeu et que la symptomatologie fonctionnelle, la claudication intermittente, les douleurs continues, les douleurs de décubitus, attirent d'emblée l'attention sur l'état circulatoire du membre inférieur.

ÉTIOLOGIE

On peut voir les localisations vasculaires pathologiques au cours de toutes les formes de syphilis aussi bien les syphilis en apparence les plus bénignes que celles dont les signes de début ont revêtu l'aspect de forme maligne précoce. Cependant il semble d'après les constatations de la majorité des auteurs que la syphilis frappe le système artériel surtout lorsqu'elle a été mal traitée ou incomplètement traitée, soit tardivement, soit d'une manière irrégulière.

Dans les observations que nous rapportons chez les malades atteints de paralysie générale progressive, la fréquence de l'atteinte vasculaire périphérique cadre presque toujours avec l'absence de tout traitement anti-syphilitique pendant les premières années qui ont suivi le chancre. On peut considérer qu'il y a un certain parallélisme entre la localisation nerveuse du tréponème favorisé par l'absence de tout traitement et la localisation vasculaire. Un fait permet de pousser encore plus loin cette analogie ; il semble fréquent d'observer des réactions biologiques particulières dans certaines manifestations pathologiques, nerveuses et artérielles. On sait

combien a été discutée la question des réactions de Wassermann irréductibles. Sans vouloir entrer ici dans toutes les théories qui ont essayé de les expliquer, il faut cependant envisager un fait concret : dans certaines variétés de paralysie générale progressive la réaction de Wassermann reste positive dans le sang, même au cours du traitement le plus continu, le plus intense. Ces cas ne sont pas constants, mais leur existence même permet d'établir une comparaison avec ce qui se passe dans certaines formes d'artérite syphilitique. Si, dans un grand nombre de cas les réactions sérologiques sont négatives, soit d'emblée, soit après l'institution d'une thérapeutique prolongée, il est un certain nombre d'observations dans lesquelles on remarque que la réaction de Wassermann reste toujours positive, quel que soit le mode d'action mis en œuvre pour lutter contre l'infection syphilitique. Qu'il nous suffise de rappeler que dans les anévrysmes de l'aorte et même des vaisseaux périphériques du membre supérieur ou du membre inférieur, la réaction de Wassermann est constamment positive.

Dans une importante statistique rapportée par LIAN, 99 % des malades ayant des anévrysmes vasculaires artériels ont une réaction de Wassermann positive. Mais un fait nous a frappé : dans un certain nombre d'observations, nous avons constaté que les artérites syphilitiques avec réaction de Wassermann positive restaient avec ces modifications biologiques quel que soit le traitement mis en œuvre. Il serait

intéressant par un examen prolongé de ces malades, de savoir si les lésions artérielles souvent évolutives aboutissent dans ces cas, à la longue, à une dilatation anévrysmale.

Quoi qu'il en soit, le caractère irréductible de certaines réactions de Wassermann au cours des artérites des membres inférieurs d'origine syphilitique, mérite d'être noté. Et dans les observations que nous rapportons de paralysie générale progressive, avec artérite des membres inférieurs, l'existence de Wassermann irréductible a une cause même difficile à préciser et dans l'étiologie de laquelle il faut faire jouer probablement un rôle important à la vascularite de la base du cerveau et aux artérites des membres.

En dehors de la question des formes cliniques de la syphilis dans lesquelles on peut voir survenir des artérites, il faut encore préciser la période évolutive de l'affection où ces artérites sont particulièrement fréquentes. On peut poser en principe que les déterminations artérielles se voient à toutes les périodes de la syphilis.

A la période primaire, LEVADITI a signalé l'infiltration des tuniques artérielles par de nombreux tréponèmes et de nombreux lymphocytes. Mais ce sont là des lésions que l'on constate dans les artéioles au voisinage immédiat du chancre.

A la période secondaire au contraire, les lésions artérielles frappent des artères très diverses, en particulier les artères cérébrales et l'on peut penser que dans certaines réactions méningées secondaires

la participation vasculaire est assez importante. Mais en réalité ce n'est pas à la période primaire ni à la période secondaire que la syphilis frappe les artères, c'est avant tout à une phase plus avancée de l'affection.

A la période tertiaire et en englobant sous ce terme toute la période qui va de quelques mois ou des quelques années qui suivent le chancre syphilitique jusqu'à 20, 30 et même 50 ans plus tard, l'atteinte vasculaire est alors particulièrement importante. Elle peut atteindre toutes les artères de l'organisme et on sait le rôle de l'étiologie syphilitique dans les scléroses artérielles périphériques et viscérales de la cinquantaine. Cependant dans bien des cas, d'autres intoxications, d'autres infections, viennent ajouter leurs effets à ce facteur spécifique et nous avons déjà insisté sur l'importance qu'il y a à faire, chez les gens ayant dépassé la cinquantaine, la discrimination, au cours d'une atteinte pariétale vasculaire ou au cours d'une artérite oblitérante, de ce qui revient à la syphilis et de ce qui revient aux autres facteurs étiologiques si souvent et si intimement intriqués.

Mais l'artérite syphilitique n'est pas l'apanage des syphilis acquises et on peut en voir dans les syphilis héréditaires, soit précoces, soit tardives, on sait d'ailleurs quelle est la fréquence et l'importance des lésions artérielles, ombilicales, hépatiques, spléniques, rénales, cérébrales chez le fœtus hérédosyphilitique.

Dans les observations que nous rapportons il faut envisager l'étiologie des artérites syphilitiques à deux points de vue : dans un certain nombre de cas ce sont les signes d'atteinte vasculaire périphérique qui ont amené le malade consulter. Dans tous ces cas la recherche d'une étiologie précise nous a montré que, à côté de la syphilis il fallait incriminer souvent une série d'autres causes.

Parmi les causes prédisposantes il y a tout d'abord l'âge. C'est ainsi que ces artérites syphilitiques sont exceptionnellement juvéniles ; on a d'ailleurs insisté depuis longtemps après les travaux de Léo BUEGER et de Parkes WEBER, sur la rareté de la syphilis dans une variété spéciale d'artérite juvénile et depuis ces 10 dernières années on sait que la maladie de BUEGER, dont les caractères essentiels avaient été précisés par cet auteur et dont un des caractères fondamentaux était l'absence d'étiologie syphilitique, ne mérite pas d'être individualisée, et LIAN d'accord avec GUILLAUME a pu écrire que : la thrombo-angéite oblitérante décrite par Leo BUEGER chez des israélites originaires de l'Europe Centrale ne mérite pas de constituer une entité morbide.

En effet, les particularités considérées comme caractéristiques de la maladie de Leo BUEGER s'observent dans des cas d'artérite oblitérante banale, ne rentrant nullement dans le cadre des faits étudiés par cet auteur.

Rien dans les signes cliniques, rien dans les signes bio-chimiques, rien dans les constatations histo-pa-

thologiques ne permet en effet d'isoler arbitrairement des artérites juvéniles une classe spéciale pathologique. Et le fait qui est intéressant, c'est que presque toujours on ne trouve pas d'étiologie syphilitique dans les artérites juvéniles. Par contre, chez les malades à sénilité précoce, l'artérite syphilitique est assez fréquente et nous en rapporterons un cas chez un sujet âgé de 47 ans, et qui avait un aspect physique beaucoup plus âgé.

Parmi les autres causes prédisposantes, l'hypertension artérielle a été invoquée. Si c'est une cause favorisante sur le développement de l'athérome, nous remarquerons que dans les observations d'artérite syphilitique que nous avons étudiées on retrouve exceptionnellement un facteur hypertensif.

Mais plus souvent, à l'étiologie syphilitique s'associe une série d'hétéro-intoxications. On en a incriminé principalement trois :

— Le saturnisme. Nous n'en avons rencontré aucun cas dans nos observations.

— L'alcoolisme qui agit soit directement par action toxique sur le système vasculaire, ajoutant ses effets à ceux de l'action locale syphilitique ou qui en altérant les fonctions hépatiques diminue la résistance de l'organisme à l'infection syphilitique. Dans nos observations nous l'avons rencontrée très fréquemment.

— Le tabagisme incriminé depuis les travaux de TRAUBE, ERB, POTAIN a été très discuté dans ces dernières années ; le rôle de son influence a été repris

par LIAN qui conclut d'une étude portant sur 52 cas d'artérite des membres inférieurs : « Il n'est aucune affection cardio-vasculaire dans laquelle nous ayons noté une proportion aussi considérable de grands fumeurs ; nous affirmons donc sans la moindre réserve que le tabac a un rôle étiologique important dans la genèse de la claudication intermittente des membres inférieurs par artérite oblitérante ».

On sait que certains auteurs ont réussi à réaliser expérimentalement l'athérome avec le tabac : ADLER et HEUSERN, BAYLAC et AMOUROUX, GOUGET, LESIEUR, LÆPER et BOVERI, BALL etc... Cependant JOSUÉ, GUILLAIN et GUY ont nié cette action. Il n'en reste pas moins que dans nos observations c'est un facteur presque constamment rencontré. Son action se surajoute ainsi à celle de la syphilis pour exagérer la sclérose vasculaire.

Dans le second groupe de nos observations, rien cliniquement n'attirait l'attention du côté des membres inférieurs et cependant sur 14 malades atteints de paralysie générale progressive, plus de la moitié ont une atteinte certaine pariétale ou même oblitérante des artères des membres inférieurs. Dans ces cas, la syphilis semble du point de vue étiologique le facteur dominant même presque exclusif.

Il reste encore à préciser de ce point de vue étiologique, quels sont les vaisseaux les plus souvent frappés par l'infection syphilitique. En dehors des gros vaisseaux des membres, en dehors des destructions pariétales étendues, c'est l'atteinte des vasa-

vasorum qui est particulièrement importante, quasi-constante, elle détermine un trouble important de la nutrition du vaisseau, ainsi s'intriquent des lésions spécifiques et des lésions banales de dégénérescence athéromateuse si souvent rencontrées du point de vue anatomo-pathologique et dont il est difficile dans des cas avancés, de préciser la part respective. C'est dans les formes jeunes que l'on peut encore se rendre compte de l'importance du processus infectieux surajouté au processus dégénératif.

RAPPEL DE CLINIQUE ET D'ANATOMO-PATHOLOGIE DES ARTERITES SYPHILITIKES DES MEMBRES INFÉRIEURS

Nous n'insisterons ici que sur quelques faits principaux dans la description clinique et anatomo-pathologique des artérites syphilitiques.

Les artérites syphilitiques des membres inférieurs ont toute une série de signes que l'on rencontre constamment dans les artérites séniles. Cependant, elles réalisent deux formes très différentes : une forme oblitérante et une forme ectasiente.

La forme oblitérante se manifeste essentiellement par la claudication intermittente, une très belle observation de claudication intermittente syphilitique a été rapportée par M. LETUELLE, J. HEITZ, M. MAGNIEL. C'est l'histoire d'un malade âgé de 72 ans qui souffrait depuis deux ans dans les mollets, ses douleurs l'obligeaient à s'arrêter toutes les quelques minutes au cours de la marche. Il avait eu la syphilis à 20 ans et dans son examen clinique on retrouvait avant tout une grosse hypertension artérielle : 27-12. Il faisait rapidement après son entrée à l'hôpital un ictus et il mourait quelques jours plus

tard. L'examen anatomo-pathologique, macroscopique et microscopique, extrêmement précis, montrait l'importance de l'atteinte syphilitique ancienne de l'appareil circulatoire dans toute son étendue, et les auteurs concluent que les troubles de la marche étaient expliqués par toute une série de rétrécissements existant sur les deux artères iliaques primitives ; les artères fémorale et tibiale étaient profondément altérées du point de vue anatomo-pathologique et presque complètement oblitérées : les lésions rencontrées étaient une panartérite syphilitique analogue en tous points aux panartérites des artères cérébrales.

Les douleurs spontanées avec sensation d'engourdissement, de refroidissement des membres, les douleurs de décubitus sont souvent extrêmement importantes au cours des artérites syphilitiques, mais rien cependant dans leur caractère, dans leur mode d'apparition, dans leur évolution ne permet une supposition quelconque quant à leur étiologie.

Dans les diverses observations d'artérite syphilitique publiées jusqu'à ce jour, on remarque qu'il n'existe aucun parallélisme entre la symptomatologie physique et les modifications de l'oscillométrie. Il y a des malades qui ont des douleurs extrêmement intenses, spontanées ou provoquées par la fatigue, les efforts, qui ont une claudication intermittente les arrêtant tous les 100 ou 200 mètres, et dont l'examen oscillométrique montre un défaut de perméabilité localisé au tiers inférieur d'une jambe par exemple, alors au contraire d'autres malades

ont une symptomatologie fonctionnelle extrêmement fruste et déjà de très grosses modifications oscillométriques.

Nos observations montrent les deux variétés extrêmes de ces cas cliniques, surtout elles nous semblent intéressantes en ce sens que chez les malades n'ayant absolument aucune symptomatologie fonctionnelle, 14 sujets atteints de paralysie générale progressive, allant et venant, dans la moitié des cas nous avons prouvé soit une diminution marquée de l'indice oscillométrique d'un membre inférieur sur l'autre, soit des deux membres inférieurs sur les membres supérieurs, en tenant compte de la règle de LIAN. Cet auteur pense que l'indice oscillométrique du membre inférieur à la jambe est égal à la moitié ou aux deux tiers de l'indice oscillométrique du membre supérieur pris à l'artère humérale.

Il semble donc intéressant au cours de l'examen de faire systématiquement l'exploration de la valeur fonctionnelle de la circulation des membres, peut-être que pris très au début traité énergiquement on pourrait arriver à fixer des lésions qui sans cela, peu à peu, aboutiront à un tableau d'artérite classique.

Dans le second groupe de nos observations, la symptomatologie fonctionnelle dominait au contraire le tableau clinique et nous devons reconnaître que dans ces cas, l'examen oscillométrique montrait un défaut de perméabilité artérielle dans tous les cas sur une étendue plus ou moins considérable dont le

caractère précis nous fut révélé par l'artériographie.

Mais là l'étiologie syphilitique n'était pas seule en cause et nous avons vu ce qu'il fallait penser de cette intrication si fréquente et si complexe en clinique journalière.

Un des caractères principaux des artérites syphilitiques est la tendance ectasianta très spéciale. On sait combien le tréponème frappe électivement la tunique moyenne des artères, en dehors des petits anévrysmes disséquants qui sont habituellement une trouvaille d'examen anatomo-pathologique ; on connaît très bien les anévrysmes artériels des membres uniques ou multiples, atteignant souvent des vaisseaux symétriques, habituellement sacciformes et qui reconnaissent une seule étiologie : la syphilis. Nous ne rappellerons pas les signes de la tumeur animée de battements et d'expansion systolique, le souffle synchrone du passage de l'ondée systolique, les modifications de la pression artérielle abaissée en aval, la diminution du pouls sur celui du côté opposé ainsi que de l'indice oscillométrique.

A la longue, les troubles trophiques, les signes fonctionnels dominent la scène, de sont là des tableaux aujourd'hui classiques.

Plus important est d'envisager comment il faut faire le diagnostic d'artérite syphilitique. Plusieurs possibilités sont à envisager.

Tantôt on se trouve devant une ectasie manifeste d'un tronc artériel des membres inférieurs. Le diagnostic d'artérite syphilitique est dès lors certain ;

l'examen général permettra dans ces cas de retrouver d'autres signes d'atteinte cardio-vasculaires, en particulier des signes d'aortite, d'hypertension artérielle. L'enquête étiologique fera découvrir le chancre syphilitique initial, la durée qui sépare cet accident de la manifestation vasculaire varie de quelques années à 50 ans et plus. Mais surtout ici l'examen biologique montrera que, d'une façon presque aussi constante que dans les anévrysmes de la crosse de l'aorte, la réaction de Wassermann et celle de Hecht sont positives dans le sang. Cependant, ce diagnostic devra encore préciser la valeur de la circulation artérielle sous-anévrysmale et de la circulation collatérale. C'est là, ainsi que l'a montré bien M. REYNALDO DOS SANTOS, que l'artériographie rendra encore les plus éminents services.

Tantôt ce sont des malades qui ont une symptomatologie fonctionnelle assez riche, comme dans la série d'observations que nous rapportons ici. Ces malades ont eu la syphilis, on en trouve soit la preuve dans les antécédents, soit la preuve clinique ou biologique. Le problème diagnostique est alors le suivant : cette artérite est-elle une artérite syphilitique ou au contraire est-elle simplement une artérite chez un syphilitique ? Pour trancher ce difficile problème étiologique, il faut une enquête minutieuse pour rechercher toutes les causes prédisposantes d'artérite : l'âge, la sénilité précoce, le sexe, certaines professions pénibles entraînant un surmenage physique, le rôle de l'hypertension artérielle, des hétéro-into-

xications : saturnisme, alcoolisme, tabagisme ; des auto-intoxications, des infections, des modifications humorales qui peuvent constituer de véritables dyscrasies sanguines de la cinquantaine.

Il est bien rare que l'on ne trouve pas ainsi associée à la syphilis une ou plusieurs causes dont l'action combinée à celle de l'infection spécifique ait favorisé l'évolution de l'artérite. Seule dans ces cas l'anatomie-pathologique permettrait, tout au moins au début, de trancher le diagnostic en faveur d'une artérite syphilitique. A une période avancée, la complexité des lésions anatomo-pathologiques ne permet souvent plus de faire cette discrimination. On peut d'ailleurs considérer que, à la période du début, l'artériographie en montrant une oblitération segmentaire avec des artères de calibres normaux, de contours réguliers, d'homogénéité parfaite, de décroissance régulière, avec une circulation collatérale absolument normale permettrait aussi de penser à une étiologie syphilitique plus qu'à une artérite sénile survenant chez un artério-scléreux, un athéromateux. Plus tard, au contraire, l'existence d'athérome associé vient modifier complètement l'aspect de l'artériogramme et on est alors aussi embarrassé pour conclure après la lecture des clichés, qu'après la lecture d'une coupe anatomo-pathologique.

Tantôt enfin, le problème qui se pose est différent ; on fait l'examen complet d'un syphilitique, on ne doit sous aucun prétexte oublier de faire la recherche intégrale de troubles vasculaires parfois complète-

ment latents. C'est ce que nous avons fait chez les malades atteints de paralysie générale ; l'importance des troubles que nous avons observés mérite, semble-t-il, d'être retenue.

On voit donc combien du point de vue clinique, en de hors de cas très particuliers, où la syphilis et la syphilis seule est en cause, le diagnostic d'une artérite syphilitique pose de problèmes délicats. Combien il faut être prudent avant de conclure, et ici la classique épreuve du traitement n'est souvent pas suffisante à faire pencher la balance dans un sens ou dans l'autre.

L'anatomie pathologique a les mêmes caractéristiques que la clinique. Parfois les lésions sont typiquement syphilitiques, aucun doute n'est possible. Encore que l'élément de certitude : le tréponème, ne soit retrouvé que dans les artérites primaires ou secondaires et ne soit pour ainsi dire jamais rencontré dans les artérites tertiaires. Néanmoins il existe un ensemble de caractères qui par leur groupement prennent une grosse valeur.

Ces caractères ne sont pas d'ordre macroscopique ; rien en effet en dehors d'une distention sacculaire ou ampullaire dans les artérites ectasiantes ne permet à l'œil nu de penser plutôt à l'artérite syphilitique qu'à toute autre variété d'artérite.

Mais il est, par contre, quelques caractères microscopiques et nous citerons brièvement :

1^o La panartérite syphilitique dont une observa-

tion particulièrement intéressante a été rapportée par M. LETULLE. Les lésions de l'adventice consistent en un certain épaississement avec hyperplasie des fibres élastiques. Les vasa-vasorum gorgé de sang, sont souvent anormalement nombreux.

La limitante élastique externe n'a pas souvent de tendance ectasiente. La media est partout épaissie par du tissu fibreux, avec hyperplasie élastique : en certains points il existe même comme de véritables bourgeonnements de cette tunique qui prend un aspect irrégulier, froncé. La limitante élastique interne est souvent clivée par place, plus ou moins mutilée par le processus inflammatoire.

L'endartère est très bourgeonnante, oblitérant complètement la lumière du vaisseau : le tissu que l'on rencontre dans cette région subit souvent la dégénérescence hyaline. Cette infiltration peut être de date plus ou moins ancienne. Enfin il est possible de trouver de petits anévrysmes disséquants, étagés, à distance variable.

2^o L'Artérite gommeuse subaiguë dont l'étude a été reprise par BENDA, SÉSARY. Elle est caractérisée par la prédominance des lésions sur l'adventice avec îlots de dégénérescence, entourée de lymphocytes, de cellules plasmatiques réalisant de véritables foyers gommeux. Ces auteurs ont retrouvé dans les espaces lymphatiques de petits amas de spirochètes.

3^o L'artérite syphilitique chronique évoluant vers l'oblitération ou l'ectasie.

Si l'oblitération est importante, il y a souvent une

hyperplasie panartérielle considérable, un réseau fibrineux se développe, s'organise et obture la lumière du vaisseau.

Si l'artérite est ectasiente, c'est avant tout une destruction de la tunique moyenne de l'artère qui prédomine. Mais alors que cet aspect est très particulier, celui des artérites oblitérantes syphilitiques peut être difficile à différencier dans certains aspects de l'athérome. Histologiquement ce qui prédomine dans l'athérome, c'est le processus dégénératif. Très rapidement apparaissent près de l'élastique interne des granulations graisseuses avec des cristaux d'acide gras, de cholestérol, de sels calcaires. Ces caractères différentiels n'existent que dans les cas typiques et en dehors du fait que l'athérome peut coexister avec la syphilis, il faut se rappeler que certains auteurs admettent que la syphilis peut réaliser en tous points l'athérome.

Ainsi, en définitive, on devra se contenter surtout de présomptions. Parmi celles-ci il est classique de citer : l'atteinte segmentaire du vaisseau, en foyers circonscrits et symétriques.

La présence dans la péri-artère d'un filtrat lymphocytaire ou la présence de véritables gommes miliaires, à centre caséifié, à couronnes de lymphocytes et de cellules géantes.

Le caractère diffus des lésions qui frappent toutes les tuniques artérielles.

L'absence de dégénérescence graisseuse et de dégénérescence calcaire.

On conçoit que devant la carence presque absolue de l'anatomie pathologique pour le diagnostic des artérites syphilitiques, l'artériographie ne donne elle non plus aucune précision étiologique pathognomonique.

LE ROLE DE L'ARTÉRIOGRAPHIE DANS LES ARTÉRITES DES MEMBRES ET DANS L'ARTÉRITE SYPHILITIQUE EN PARTICULIER

Depuis que Sicard et Forestier en 1923 ont fait chez l'homme la première injection intra-artérielle de lipiodol, l'artériographie a subi des fortunes diverses. En France une série de tentatives isolées ont été faites par FORGUES, MOURGU, MOLINE, et FONJAYNE qui ont cherché à préciser le siège des obstructions artérielles.

BAILLAT et MÉRIEL ont étudié dans deux cas les résultats comparatifs du lipiodo-diagnostic et de l'oscillométrie.

DESPLATS, DESBONNETS, BUISINE et DELCOURT ont apporté deux observations de lipiodo-diagnostic artériel.

HARVIER et LEMAIRE ont réalisé ce mode d'exploration dans 14 cas d'artérite des membres inférieurs.

LIAN, GILBERT-DREYFUS et PUECH se sont servi de cette technique pour l'étude du spasme et de l'oblitération en étages dans les nécroses par artérite incomplètement oblitérante.

Mais l'ensemble de ces tentatives est resté presque sans écho, car les produits de contraste servant à

l'injection intra-artérielle, en particulier le lipiodol, avaient une série d'inconvénients qui ont empêché à l'origine la généralisation de cette méthode.

C'est à REYNALDO DOS SANTOS, A. C. LAMAS et J. P. CALDAS que revient le mérite d'avoir repris cette étude du point de vue général en précisant d'une part, les diverses modalités de ponction vasculaire en reprenant le problème de l'injection du côté technique, et en réalisant un appareil de manipulation facile permettant une injection sous une pression constante, réglable, lisible. Enfin, en cherchant une gamme de solutions de contraste, et c'était là le point tout particulièrement délicat qui avait jusqu'alors entravé l'artériographie. Après avoir rapidement abandonné l'iodure de sodium comme trop irritant, ces auteurs portugais ont fait l'artériographie et l'aortographie abdominales en utilisant tout d'abord un certain nombre de composés iodés organiques au premier plan desquels ils mettaient l'uroselectan, soit pur, soit plus souvent associé à l'iodure de sodium. Mais actuellement, ils ont préconisé, ainsi que LERICHE, le dioxyde de thorium en solution colloïdale stabilisée et spécialisée par la maison HEYDEN de Dresde, sous le nom de thorostrast.

Plus récemment, M. RACINE et H. REBOUL reprenant l'étude des produits de contraste sur l'animal en injections intravasculaires et intra-cardiaques ont précisé la valeur des différents produits : ils se sont surtout attachés au problème de la toxicité et de la valeur de contraste des différents produits préconisés.

Ils conseillent avant tout deux produits qui ont des indications différentes.

Le ténébryl qui est un iodométhane sulfonate de sodium : il contient environ 70 % d'iode dissimulée, c'est le plus opaque des corps de la série organo-iodée ; c'est le plus riche en iode par molécules et par poids. D'autre part, pour une concentration donnée, sa solution est la moins hypertonique ce qui est un facteur important à envisager quand à l'action irritative sur l'endothélium vasculaire. Son innocuité est d'ailleurs bien prouvée à la suite de très nombreuses injections intra-veineuses et H. REBOUL revenant sur l'urographie intraveineuse a montré que c'était une des substances organo-iodée les plus favorables à ce mode d'exploration.

Le thorotrast a la même opacité que l'abrodyl mais un peu moins que le ténébril ; il a une grande supériorité, c'est de ne pas être douloureux ; cependant les auteurs précédents lui reprochent de s'accumuler dans l'organisme, de se fixer électivement sur le système réticulo-endothélial, de provoquer l'hyperplasie du tissu lymphatique, de diminuer la résistance de l'organisme à l'infection.

C'est pour ces raisons qu'ils proscrivent l'emploi du thorotrast dans tous les cas d'anémie importante, d'insuffisance hépatique, d'infection. Ils donnent alors nettement la préférence au tenebril malgré la nécessité d'une anesthésie générale de quelques minutes nécessaires à la prise d'un bon cliché radiologique.

Nous ne reviendrons pas ici sur les principes particuliers de l'artériographie des membres qui ont été bien précisés par H. REBOUL et M. RACINE. Mais nous voulons montrer l'importance des conclusions auxquelles sont arrivés ces auteurs et les déductions que nous avons pu nous-mêmes tirer des observations que nous rapportons dans les cas où nous avons pu avoir une artériographie faite par H. REBOUL et M. RACINE.

La multiplicité des épreuves cliniques d'exploration fonctionnelle vasculaire prouve l'intérêt qui existe à préciser d'une manière certaine l'état des parois artérielles, la possibilité d'une oblitération et la localisation précise de son siège. Nous ne ferons que rappeler les épreuves multiples qui ont été tour à tour à l'honneur, méthode du bain chaud de BABINSKI et HEITZ, les résultats de l'épreuve de MOSKOVITZ, du brossage de la peau, de l'arrosage de l'éther, de la raie vaso-motrice de COSASESCO, du test d'ALDRICH et Mac-CLURE.

De ces diverses tentatives il résulte que c'est l'oscillométrie qui a par-dessus tout une valeur clinique importante.

Elle permet de préciser la limite supérieure d'une oblitération, mais elle appelle toute une série de restrictions ; en particulier, il est impossible de savoir par cette méthode, l'importance du segment oblitéré, le nombre de segments oblitérés, car LIAN y a déjà insisté il y a de nombreuses années et la majorité des auteurs sont d'accord pour considérer que dans les

artérites syphilitiques surtout, il existe des oblitérations segmentaires en étages, il est de la plus haute importance pronostique de savoir leur étendue, leurs limites inférieures aussi bien que leurs limites supérieures.

D'autre part, abolition des oscillations ne veut pas dire d'une manière certaine : oblitération, elle peut traduire seulement une irrigation uniforme, avec une perméabilité encore importante d'un gros tronc vasculaire ; enfin, à la jambe surtout, l'oblitération de l'artère péronière ou d'une artère tibiale isolée, peut s'accompagner de la conservation des oscillations. On voit donc combien est complexe le problème diagnostique de l'oblitération vasculaire, et cependant le pronostic d'une artérite est fonction non seulement de l'existence ou non d'une oblitération, mais encore de la valeur de la circulation collatérale. Or, rien actuellement ne permet cliniquement de se rendre compte de l'état fonctionnel de la circulation collatérale, rien en dehors de l'artériographie. Ce nouveau procédé d'exploration a du même coup, deux avantages considérables, il précise d'une manière certaine le siège, l'étendue et le nombre des oblitérations segmentaires au total, la valeur de la circulation collatérale. Il donne encore toute une série de précisions que nous allons énumérer :

Calibre, régularité, décroissance progressive, courbure, souplesse, régularités des bords, homogénéité d'opacité, valeur de la circulation capillaire, vitesse de progression intra-artérielle.

Ces deux derniers facteurs sont particulièrement importante dans les artérites syphilitiques où les lésions prédominent souvent sur les artérioles qui ne sont pas visible sur un cliché radiologique. C'est pourquoi il est nécessaire de tenir compte dans ce cas, de l'importance de la tension artérielle, du débit de l'injection, qui permettront en prenant des clichés en série, de voir le moment où apparaît l'injection de la circulation de retour et en chronométrant les temps écoulés, en comparant les résultats avec ceux obtenus sur des membres sains, on aura probablement une série de notions intéressantes sur la pathologie de l'artériole et en même temps de la veinule.

Comme certaines épreuves paracliniques, telles que les épreuves à l'acétycholine et à l'histamine permettent de se rendre compte de la localisation veinulaire ou artériolaire d'une lésion, l'artériographie permettra probablement d'en déduire l'importance.

Ainsi, grâce à l'artériographie, on pourra réaliser non seulement ce que P. DUVAL envisageait en 1929 : « Obtenir l'image complète du système artériel perméable dans un membre frappé de troubles circulatoires causant une gangrène limitée, obtenir pour ainsi dire une véritable dissection sur le vivant, de toutes les artères ; pouvoir exactement de par la visibilité du réseau artériel discriminer les parties du membres vouées à la mortification et celles dont la vitalité paraît assurée par la qualité de la circulation artérielle, pouvoir en déduire en toute certitude le niveau le plus bas de l'amputation nécessaire, ce

sont là des espérances magnifiques ; ce serait là la solution certaine, tant désirée, et jamais obtenue, de cet angoissant problème qui est toujours la délimitation exacte du niveau de l'amputation nécessaire dans une gangrène artérielle. »

Actuellement l'artériographie réalise ces espoirs, mais encore elle permettra d'apprécier les lésions que seule l'anatomo-pathologie permettait jusqu'à présent de trouver. On peut dire qu'une artériographie réalise une sorte d'examen anatomo-pathologique du système vasculaire d'un membre en entier sur l'homme vivant.

D'autre part, grâce à ce procédé d'exploration on pourra mettre en œuvre des techniques précises de traitement nouveau : l'artériectomie.

LERICHE dans un beau livre récemment paru nous a fait connaître ce procédé nouveau de traitement des oblitérations segmentaire et il interprète d'une manière très simple les résultats remarquables qu'il a pu obtenir par cette opération dans des artérites d'étiologie très diverse. Tous les signes fonctionnels d'une artérite des membres inférieurs proviennent de l'atteinte de l'adventice. Ceci explique la latence complète d'oblitération totale d'un tronc artériel principal quand les lésions sont limitées à l'endartère. Les lésions de l'adventice sont habituellement toujours maxima au cours de l'évolution, en regard d'une oblitération. Ce sont ces lésions qui déterminent la symptomatologie fonctionnelle exagérée souvent par un spasme vasculaire dont la sédation, sous une

influence thérapeutique : acétylcholine, ou spontanément amène une amélioration.

Le fait d'enlever chirurgicalement le segment oblitéré réalise d'une part, une sympathectomie péri-vasculaire certaine, et d'autre part supprime le point de départ de réflexe douloureux et vaso-constricteur qui sont à l'origine des troubles accusés par le malade et la déficience de la circulation collatérale. On améliore donc par ce traitement à la fois la symptomatologie fonctionnelle et la valeur circulatoire du membre malade.

Cette thérapeutique qui est l'apanage des oblitérations segmentaires s'applique donc au plus haut point aux artérites syphilitiques qui avaient la classique réputation d'être toujours partielles. En réalité, ainsi que l'ont bien montré L. BAZY H. REBOUL et M. RACINE en étudiant l'artériographie des membres, les oblitérations segmentaires sont extrêmement fréquentes et il n'est pas possible d'en faire un signe caractéristique des artérites syphilitiques. On les rencontre très fréquemment aussi bien dans les artérites séniles que pré-séniles et même ces auteurs les ont trouvées dans les artérites juvéniles et les artérites aiguës infectieuses.

En résumé, l'artériographie dans les artérites syphilitiques montre actuellement l'état des parois vasculaires, le siège et l'étendue des oblitérations segmentaires ; elle permettra d'apprécier par un perfectionnement de la technique radiologique l'état des artérioles. Dès maintenant elle permet d'appliquer

aux artérites syphilitiques un traitement chirurgical rationnel : l'artériectomie qui, faite sur des lésions bien localisées semble donner des résultats remarquables.

La découverte d'un nouveau produit de contraste facilement toléré par l'organisme, de toxicité nulle et d'opacité radiologique importante permettra par des artériographies successives, de contrôler l'action des traitements spécifiques dont les résultats ne peuvent être appréciés actuellement que par des modifications fonctionnelles ; elles sont donc imprécises car subjectives et d'autre part, leur amélioration ne s'accompagne en règle générale d'aucune modification des signes physiques, d'aucune modification de l'indice oscillométrique ; ces traitements agissent probablement plus sur l'adventice que sur l'oblitération vasculaire elle-même ; il y a là un point qui demandera à être précisé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — M. G..., 70 ans.

Malade du service du Dr L. Bazy.

Artérite bilatérale, gangrène sèche à évolution progressive du gros orteil droit extrêmement douloureuse. Les oscillations débutent au tiers inférieur de la cuisse droite, augmentent progressivement au tiers moyen de la cuisse. Hypercholestérolémie, par d'hyperglycémie. On pense que l'oblitération siège à la partie moyenne ou inférieure de la cuisse.

Une première artériographie est pratiquée au thoro-trast. 19 cm³, 1,5 atmosphère. Cliché pris à la dixième seconde. Il n'existe sur cet artériogramme aucun tronc artériel principal.

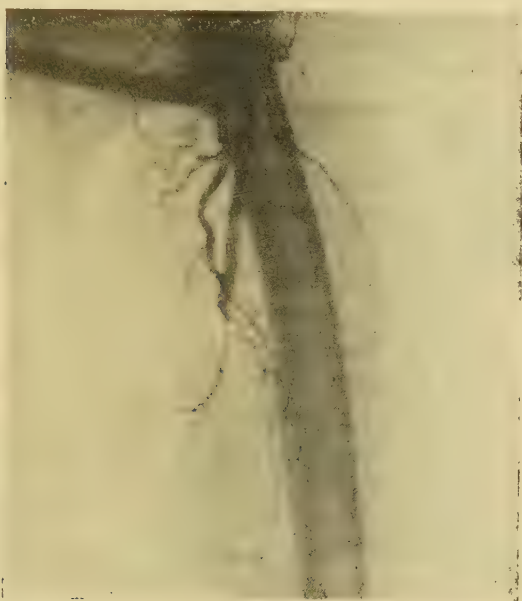
Un grêle réseau aboutit à la constitution d'un cercle artériel péri-malléolaire très développé.

La seconde artériographie faite sous anesthésie générale par ponction trans-cutanée de l'artère fémorale, injection de 20 cm³ de Tenebryl à 45 %, pression à 1,2 atmosphère. Cliché pris à la douzième seconde. Montre l'injection de l'artère fémorale, le siège de l'oblitération est à 20 centimètres de la tête fémorale.

Sur sa terminaison, se projettent 3 branches de l'artère fémorale profonde bien développée. Circulation collatérale particulièrement sineuse, déjà très atteinte par le processus athéromateux.

Amputation circulaire de cuisse à 20 centimètres de la tête fémorale. Cicatrisation normale.

La dissection des vaisseaux du membre amputé permet de constater la thrombose complète de l'artère fémorale et l'existence d'un anévrisme huntérien également thrombosé. Cependant, le malade nie toute syphilis, les réactions sérologiques ont été négatives.



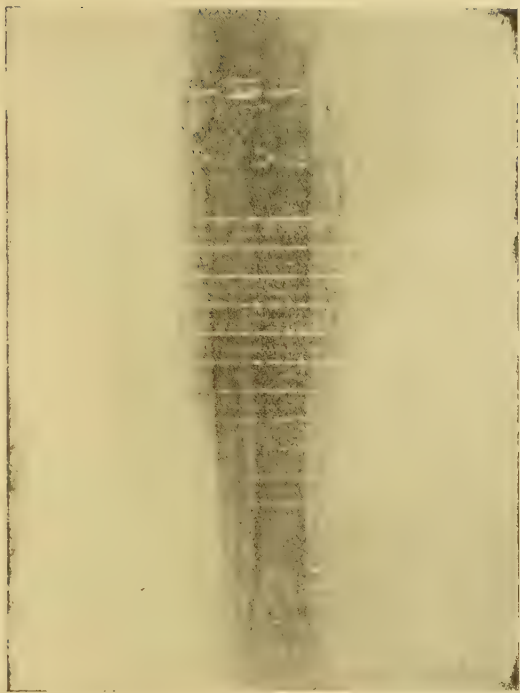
OBSERVATION I. — Fig. 1.

A partir de la poplitée les végétations endartérielles ne sont pas conglomérées ; il existe entre elles une lumière virtuelle qu'on utilise pour l'injection de 30 cm³ de substance opaque.

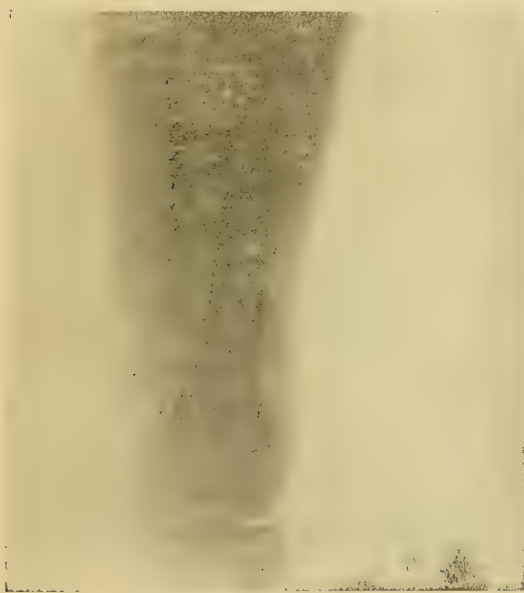
Le cliché pris dans ces conditions montre un aspect lacunaire de l'artère poplitée. Les troncs principaux disparaissent.



OBSERVATION I. — Fig. 2.
Première artériographie. Injection du cercle péri-malléolaire.



OBSERVATION I. — Fig. 3.
Injection faite sur le membre amputé.



OBSERVATION I. — Fig. 4.
Artériographie du membre du côté opposé.

sent sur de nombreux segments ; une quantité d'artères fonctionnellement supprimées, sont là injectées grâce à l'atonie cadavérique et grâce à l'injection d'un grand nombre de végétations. Le réseau périmalleolaire est particulièrement dense.

OBSERVATION II. — M. B..., 45 ans.

Malade du service du Dr Bazy.

Depuis 1931, toute une série de troubles fonctionnels, douleurs articulaires et péri-articulaires, névralgiques dans les deux membres inférieurs, à type de douleurs sciatiques. Douleurs survenant à la fin de la journée, surtout après la station debout prolongée, et attribuées à des varices.

L'ensemble de ces manifestations fonctionnelles prédomine à la jambe gauche. En outre, il existe des crampes douloureuses, avec sensation de striction, obligeant le malade à s'arrêter tous les 100 mètres. Depuis quelques mois amyotrophie portant sur les masses musculaires du mollet, prédominant à gauche. La peau est lisse, sèche, elle a perdu ses poils, les ongles sont striés et assez facilement cassants. Il existe une diminution constante de la température locale du membre inférieur gauche. A l'examen on ne sent ni l'artère pédieuse, ni l'artère tibiale antérieure, ni l'artère tibiale postérieure à droite et à gauche.

L'indice oscillométrique est aux chevilles de 0 des deux côtés. Au tiers supérieur de la jambe à gauche : $1/4$; à droite, $3/4$. Au tiers inférieur de la cuisse : à gauche, $1/2$; à droite, 3.

Azotémie, constante d'Ambard : normales.

Glycémie : 1 gramme.

Cholestérolémie : 1 gr. 70.

Bordet-Wassermann et Hecht : négatifs.

Syphilis il y a 25 ans, traitée assez régulièrement.

L'artériographie montre des lésions importantes des deux côtés, mais à gauche existe une oblitération segmentaire



OBSERVATION II. — Fig. 1.
Oblitération segmentaire fémorale.



OBSERVATION II. — Fig. 2.
 Artériographie du membre opposé. Aspect irrégulier et marécageux
 de l'artère fémorale

fémorale pour laquelle on fait une artériectomie. Dès la résection des deux bouts du vaisseau oblitéré, le tronc principal sus-jacent et les artères collatérales se mettent à battre plus amplement. La cicatrisation se fait en 8 jours.

Actuellement : un mois après l'intervention, le malade a repris son travail de tailleur et il n'y a plus aucune symptomatologie fonctionnelle à la jambe gauche. Par contre, elle persiste à la jambe droite.

OBSERVATION III. — M. G..., 47 ans.

Malade du service du Dr Bazy.

Depuis décembre 1932, douleurs violentes dans les membres inférieurs, surtout à droite.

En juin 1933, crise plus importante, avec refroidissement des extrémités, obligeant le malade à s'aliter. Cyanose du pied droit, teinte lilas du premier orteil droit.

L'indice oscillométrique est nul au 1/3 inférieur et moyen de la jambe droite. Atteint 1 au tiers supérieur de la jambe et 4 au tiers moyen de la cuisse.

L'urée sanguine, constante d'Ambard : normales.

Glycémie : 1 gramme.

Cholestérolémie : 2 gr. 37.

Bordet-Wassermann et Hecht : négatifs.

Syphilis en 1905 ; traitée à partir de 1930.

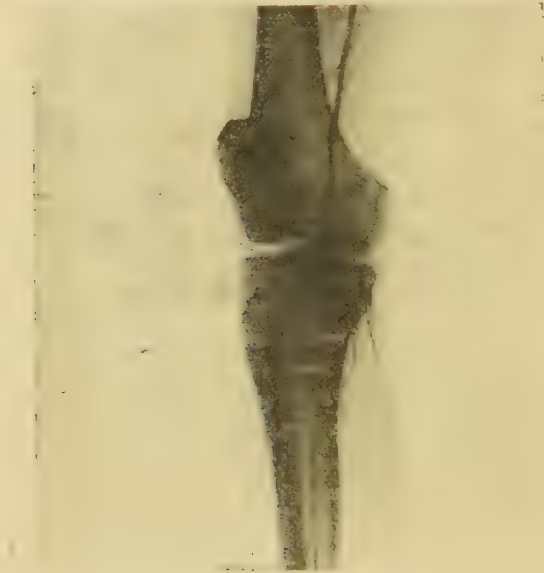
L'artériographie montre l'artère fémorale superficielle et la partie supérieure de la poplitée de calibre irrégulier et rigide.

Il existe une oblitération de l'artère poplitée au niveau de l'artère articulaire inféro-externe. L'artère tibiale postérieure apparaît à 7 centimètres au-dessous de cette oblitération, elle se remplit par voie collatérale ; les artères tibiale antérieure et péronière sont à peine visibles.

Artériectomie, le 4 novembre 1933 par H. Reboul sous la direction du Dr L. Bazy.

L'artère poplitée et le tronc tibio-péronier sont entourés

par du tissu scléreux dense ; elles sont immobiles et de calibre très réduit. On sectionne l'artère poplitée au-dessous de l'artère articulaire inféro-externe. Immédiatement, le segment sus-jacent de l'artère poplitée et ses branches



OBSERVATION III.
Oblitération segmentaire poplitée.

collatérales largement découvertes, immobiles se mettent à battre avec une forte extension. On résèque 7 cm. du tronc artériel oblitéré de bout en bout. Cicatrisation en 8 jours. Les douleurs cessent, le pied se réchauffe, reprend une coloration peu à peu normale dès le soir de l'intervention.

Actuellement : amélioration fonctionnelle considérable

qui permet la marche pendant plusieurs kilomètres alors que que le malade était absolument impotent.

OBSERVATION IV. — S... Alfred, âgé de 36 ans.

Marié, femme alcoolique, 2 enfants bien portants, pas de fausse-couche.

Entré le 8 mai 1934.

Accident initial à l'âge de 21 ans.

Pas de traitement.

Début : Mégalomanie.

Il a beaucoup d'argent, des millions, des collections merveilleuses. Donnera de l'argent, du travail à tout le monde.

Actuellement :

Démence paralytique légère, portant sur toutes les facultés. Indifférence complète. Euphorie. Excitation cérébrale ; apprend toutes les langues.

Perte de l'auto-critique.

Automatisme mental conservé.

Troubles de la mémoire.

Délire de grandeur.

Examen du malade.

Inspection : béat.

Regard plat, atone.

Tressaillements péri-buccaux et de la langue.

Tremblement des doigts.

Dysarthrie : Pas de troubles de l'écriture.

Examen neurologique :

Pas de troubles de la démarche,

Pas de Romberg,

Sensibilité diminuée;

Analgsie trachéale, cubitale, testiculaire,

Réflexes très vifs.

Babinski en flexion,
Pas de troubles trophiques, pas d'hypotonie,
Pupilles paresseuses.

Examen viscéral :

Leucoplasie buccale,
Cœur : deuxième bruit claqué,
Foie normal, Rate normale.
Poumons normaux.

L. C. R.

Alb. : 0,60.
Globul. +++
Leucocytes : 36.
Benjoin : 22222 22222 21000
B. — W. +
Meinicke +

Sang :

Hecht. —
B. W. —

Bras droit

48	1 /2
17	1
16	1 1 /2
15	2
14	2 1 /2
13	3
12	4
11	4
10	3
9	3
8	2
7	1
6	1 /2

Membre inférieur droit :

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
25 1/2	25..... 1/2	25..... 1/2
22 1	24..... 1	20..... 2
20 2	20..... 3	15..... 4
19 3	15..... 4	13..... 4
18 4	14..... 5	11..... 3
17 4	12..... 4	10..... 2
16 5	10..... 4	9..... 2
15 5	9..... 3	8..... 1 1/2
14 6	8..... 2	7..... 1
13 5 1/2	7..... 1	6..... 1/2
12 5	5..... 1/2	
10 4		
9 2 1/2		
8 2		
7 1 1/2		
5 1/2		

Membre inférieur gauche

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
28 1/2	29..... 1/2	29..... 1/2
27 1	26..... 1	25..... 1/2
25 1 1/2	25..... 1 1/2	20..... 2
20 3	20..... 2	15..... 4
17 4	15..... 5	13..... 5
15 5	14..... 5	10..... 2
13 5	12..... 4	7..... 1/2
12 4	10..... 3	
10 3	9..... 2	
9 2	8..... 1 1/2	
8 2	7..... 1	
7 1	6..... 1/2	
6 1/2		

OBSERVATION V. — G... Jean-Marie, 48 ans.

Marié. Femme bien portante, fausses-couches. 1 **enfant** bien portant. Entré le 14 février 1933 à l'Hospice de Bicêtre. Séparé de sa femme

Accident initial en 1924.

Traité pendant 2 ans environ (4 à 5 séries de novar).

Début :

Excitation partiellement maniaque.

Mégalomanie, expansivité.

(Inventions automobiles, écuries de course, **remariage** prochain, etc.).

Actuellement :

Prend des taxis qu'il ne veut pas payer.

Démence globale portant sur : le raisonnement,

le jugement,

la volonté,

l'affectivité,

la mémoire,

le caractère (violent, il battait son amie).

Perte de l'auto-critique complète.

Automatisme mental aboli.

Accès mélancoliques.

Examen du malade :

Inspection : hébété,

peau ridée,

regard atone,

léger tremblement de doigts,

léger tremblement de la langue.

Dysarthrie.

Troubles de l'écriture.

Examen neurologique :

pas de troubles de la marche,
pas de Romberg.
Sensibilité diminuée,
Analgésie trachéale, testiculaire, cubitale.
Réflexes vifs.
Babinski en flexion.
Hypotomie musculaire.
Pupilles réagissent.

Examen viscéral :

Cœur normal.
Foie normal.
Poumons normaux.

L. C. R. :

Alb. 0,30.
Globuline : (— R. Pandy +
(— R. de Weichbrodt +
Leuco : 30,6.
B. C. : 22220 22222 00000
B. — W. +
R. de Meinicke +

Sang :

Hecht +++
B. W. +++
Vernes +
Kahn +

Bras droit :

20	1 1/2
19	1
18	1 1/2
17	2
16	3
15	4
13	3
10	2
8	1
7	1 1/2

Membre inférieur droit

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
30 1/2	30 1/2	28 1/2
28 1	25 2	25 1
25 3	20 4	20 2
20 7	15 7	15 6
15 8	10 5	10 2
10 5	5 1/2	7 1
8 3		5 1/2
5 1/2		

Membre inférieur gauche

1/3 inférieur de la cuisse /	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
30 1/2	30 1/2	28 1/2
25 5	25 4	25 1
20 8	20 7	20 1 1/2
15 7	15 7	15 4
10 5	10 7	10 4
5 1/2	5 1/2	8 3
		7 2
		5 1/2

OBSERVATION VI. — F... Abel, 36 ans.

Marié, femme bien portante, 3 enfants, 2 morts en bas âge de méningite ? Un enfant bien portant.

Entré le 21 octobre 1933 à l'asile de Bicêtre.

Accident initial à 21 ans.

Pas de traitement.

Début :

Par un ictus avec hémip légie transitoire en 1932.

Irritabilité. Incurie.

Perte du tact et de l'auto-critique.

Actuellement :

Irritabilité.

Pas de troubles de la mémoire, néanmoins, erreurs sur les dates précises.

Automatisme mental conservé.

Délire de persécution avec alternatives d'accès maniaques et mélancoliques (hallucinations visuelles, cris, appels au secours).

Examen du malade :

Anxieux.

Pas de tremblement des mains.

Léger tremblement de la langue.

Dysarthrie.

Pas de troubles de l'écriture.

Examen neurologique :

Marche normale.

Pas de Romberg.

Sensibilité diminuée.

Analgésie cubitale, trachéale.

Sensibilité testiculaire partiellement conservée,

Réflexes normaux, un peu vifs à droite.

Babinski indifférent.

Hypotonie.

Pupilles en mydriase irrégulières ne réagissant pas à la lumière, réagissant à l'accommodation.

Examen viscéral :

Leucoplasie buccale,

Cœur normal,

Foie de volume normal,

Pas de grosse rate,

Rien aux poumons.

L. C. R. :

Alb. 0.50

Glob. +

Leuco. : 0.8

Benjouin : 22222 22222 00000

B. W. +

Meinicke —

Sang :

B. W. +

Meinicke +

Kahn +

Bras droit

20	1 1/2
19	1
18	2
17	3
16	3 1/2
15	4
10	3
9	2
8	1
7	1 1/2

Membre inférieur droit

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
25 1/2	25..... 1/2	25..... 1/2
22 2	24..... 1	22..... 1
20 3	23..... 2	19..... 1/2
18 5	20..... 3	17..... 2
14 4	19..... 4	16..... 2 1/2
12 3 1/2	12..... 3	15..... 3
10 3	10..... 2	12..... 2 1/2
9 2	8..... 1	11..... 1 1/2
8 1	7..... 1/2	10..... 1
7 1/2		9..... 1/2

Membre inférieur gauche

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la gauche
28..... 1/2	28..... 1/2	28..... 1/2
27..... 2	25..... 1	23..... 1
25..... 3	23..... 2 1/2	21..... 1 1/2
24..... 4	21..... 2	18..... 2
23..... 4	19..... 3	17..... 3
22..... 5	17..... 3 1/2	15..... 4
20..... 7	16..... 4	11..... 3
19..... 6 1/2	14..... 5	9..... 2
16..... 6	13..... 4	8..... 1
14..... 5	11..... 3	7..... 1/2
12..... 4	9..... 2	
10..... 3	8..... 1 1/2	
9..... 2	7..... 1	
8..... 1	6..... 1/2	
7..... 1/2		

OBSERVATION VII. — F. L., 54 ans.

Entré le 27 mai 1933.

Marié. Femme bien portante. 1 enfant bien portant.

Accident initial en 1918.

Traité pendant 3 mois.

Début :

Amnésie complète .

Actuellement : conscience incomplète de sa situation.

Euphorie.

pas de troubles de la mémoire, se souvient de faits précis.

Légère dysarthrie.

Pas de troubles de l'écriture.

Examen neurologique :

marche légèrement ataxique,

réflexes rotuliens exagérés. Babinski indifférent.

Tremblement, tremblement de la langue,

Sensibilité diminuée, analgésie trachéale et cubitale,

sensibilité testiculaire conservée.

Pupilles en myosis ne réagissant pas.

Examen viscéral :

Leucoplasie buccale.

Cœur : 2^e bruit un peu dur.

Foie débordant les fausses côtes de 3 travers de doigts.

Poumons : râles de bronchites diffus.

P. L.

Alb. : 0,45

Lymphocytes : 2,5.

Wassermann : ++

B. C. — : 00000. 222222. 10000

Sang :

Hecht : +

B. W. : +

Bras droit

31.....	1/2
28.....	1
25.....	1 1/2
22.....	2
20.....	3 1/2
18.....	5
15.....	6
13.....	4
10.....	2
9.....	1
7.....	1/2

Membre inférieur droit

1/3 supérieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
35..... 1/2	35..... 1/2	30..... 1/2
30..... 1	30..... 1	25..... 1
27..... 3 1/2	27..... 3	20..... 3
25..... 5	25..... 4	15..... 4
20..... 6	20..... 6	13..... 3
15..... 4	15..... 4	10..... 1 1/2
10..... 2	10..... 2	8..... 1
8..... 1	8..... 1	7..... 1/2
5..... 1/2	5..... 1/2	

Membre inférieur gauche

1/3 supérieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
35..... 1/2	35..... 1/2	23..... 1/2
30..... 2	30..... 1	20..... 1 1/2
25..... 4	25..... 2	15..... 2
20..... 5	20..... 3	12..... 1
17..... 6	15..... 2	10..... 1/2
15..... 4	10..... 1	
10..... 1 1/2	8..... 1/2	
8..... 1		
7..... 1/2		

OBSERVATION VIII. — M. L., 36 ans.

Entré le 21 janvier 1933.

Marié depuis 1923, femme 38 ans, bien portante, 2 enfants mort-nés à 7 mois.

Ne peut préciser la date de la syphilis.

Soigné depuis 1928.

Début :

Brusque le 6 janvier. Ictus, complètement paralysé.

Actuellement :

béatitude complète,
regarde constamment ses mains,
range tout le temps ses affaires,
gâtisme complet,
Dysarthrie complète,
écriture impossible.

Examen neurologique :

marche possible,
Sensibilité diminuée, analgésie cubitale et trachéale.
Abolition des reflexes.
Babinski indifférent,
pas de troubles trophiques.
Argyl.

Examen viscéral :

Leucoplasie.
Cœur normal.
Poumons normaux.
Foie normal, rate normale.

P. L. :

Alb. 0,45
Lymphocyte : 5,6.

B. C. 2221, 22222, 000000

W. +++

Pandy +

Weichbrodt +

Traité par Stovarsol : résultat nul.

Seng :

Hecht +++ 1 fois sur 3 examens.

B. W. —

Bras droit

25.....	1 1/2
20.....	1
18.....	3
16.....	4
15.....	5
14.....	4
13.....	3
12.....	2 1/2
11.....	2
10.....	1
8.....	1 1/2

Membre inférieur droit

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
35..... 1/2	35..... 1/2	35..... 1/2
30..... 1	30..... 1	30..... 1/2
25..... 2	25..... 2	25..... 3/4
20..... 3	20..... 3	20..... 2
15..... 6	15..... 5 1/2	17..... 4
10..... 2 1/2	10..... 2	15..... 3 1/2
8..... 1	8..... 1	12..... 1
6..... 1/2	6..... 1/2	10..... 3/4
		8..... 1/2

Membre inférieur gauche

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
35..... 1/2	35..... 1/2	20..... 1/2
30..... 1 1/2	30..... 2	18..... 1 1/2
25..... 4	25..... 3 1/2	16..... 2
20..... 5	20..... 5	15..... 2
15..... 3	17..... 5	13..... 2
13..... 2	15..... 4	12..... 1
10..... 3/4	13..... 3	11..... 1/2
8..... 1/2	11..... 12	10..... 1/4
	10..... 13/4	
	8..... 1/2	

OBSERVATION IX. — M., 44 ans.

Entré le 26 avril 1934.

Ictus il y a 3 ans avec hémiplegie passagère.

Début :

par affaiblissement intellectuel,
incapacité de travailler.

Actuellement :

Amnésie des faits précis.
Inconscience d'une maladie grave.
Turbulence.
Age mental (9 ans).
Dysarthrie.
Écriture impossible,

Examen neurologique :

Marche possible,
réflexes normaux,
cutané plantaire en flexion,
pas d'algésie testiculaire, ni cubitale, ni trachéale,

pupilles inégales, déformation : la gauche réagit incomplètement, la droite pas du tout.

Examen viscéral :

pas de leucoplasie,
cœur : 2^o bruit un peu dur,
poumons normaux,
foie non augmenté de volume : pas grosse rate

P. L. :

Alb. — 0.30
Leuco. : 2,2
B. W. : +
Weichbrodt : +
Pandy : +
B. C. : 0.1110.1221.000000,

Sang :

Hecht : +
B. W. : +
Kahn : +

Bras droit

24.....	0,5
20.....	1
18.....	2
16.....	3
15.....	3,5
13.....	4
10.....	3
8.....	1,5
6.....	1
5.....	0,5

Membre inférieur droit

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
32..... 0,5	32..... 0,5	25..... 0,5
30..... 1	30..... 1	20..... 1
27..... 1,5	27..... 1,5	18..... 2
26..... 2	25..... 2	15..... 3
24..... 3	22..... 2,5	12..... 2
20..... 4	20..... 3	10..... 5
18..... 5	18..... 3,5	8..... 3
15..... 6	15..... 4	6..... 1,5
12..... 5,5	13..... 5	5..... 1
10..... 4	11..... 6	4..... 0,5
8..... 2	10..... 5	
6..... 1	9..... 4	
5..... 0,5	8..... 3	
	6..... 2	
	5..... 1	
	4..... 0,5	

Membre inférieur gauche

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
32..... 0,5	27..... 0,5	21..... 0,5
30..... 1	25..... 1	18..... 1,5
27..... 1,5	22..... 1	15..... 2
24..... 2	20..... 2	13..... 2,5
21..... 3	17..... 3	11..... 1,5
18..... 4	15..... 4	10..... 1
16..... 4,5	13..... 5	8..... 0,5
14..... 5	12..... 5	
12..... 5	10..... 4	
11..... 3	8..... 3	
9..... 3	6..... 1,5	
7..... 2	5..... 1	
6..... 1	4..... 0,5	
4..... 0,5		

OBSERVATION X. — L. M., 56 ans.

Entré le 10 septembre 1927.

Marié, femme bien portante, 3 enfants bien portants,
série de fausses couches.

Accident initial en 1898, à l'âge de 20 ans.

Traitement insuffisant.

Début :

Incapacité de travailler.

Larcins naïfs.

Prodigalités, projets euphoriques et généreux.

Actuellement :

Affaiblissement intellectuel global,

Perte de l'autocritique,

Gâtisme,

Tremblement de la langue,

Tremblement,

Dysarthrie.

Écriture raturée.

Examen neurologique :

Pas de troubles de la marche,

Réflexes rotuliens exagérés,

Babinski en flexion,

Sensibilité diminuée cubitale, trachéale, testiculaire con-
servée.

Pupilles en myosis, réagissent lentement.

Examen viscéral :

Leucoplasie buccale bilatérale,

Cœur normal,

Foie normal,

Poumons normaux.

P. L. :

Alb. 0,23

Lymphocyte $\frac{7}{10}$ 1,8

B.-W. +++

R. de Pandy —

B. C. : 0000002221000000.

Sang :

Hecht —

B.-W. —

Kahn —

Bras droit

20.....	0,5
18.....	1
16.....	3
14.....	5
12.....	3
10.....	1,5
8.....	1
6.....	0,5

Membre inférieur droit

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 moyen de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
30..... 0,5	28..... 0,5	23..... 0,5
28..... 1	25..... 2	20..... 1
25..... 2	22..... 3	17..... 1,5
22..... 5	20..... 5	15..... 2
20..... 6	17..... 6	13..... 1,5
18..... 8	15..... 8	10..... 1
16..... 5	13..... 6	6..... 0,5
13..... 4	11..... 4	
11..... 3	9..... 3	
9..... 2	7..... 2	
7..... 1,5	5..... 1	
5..... 1	4..... 0,5	
4..... 0,5		

Membre inférieur gauche

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 moyen de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
32..... 0,5	28..... 0,5	22..... 0,5
30..... 1	25..... 1	20..... 1
27..... 2	22..... 1,5	18..... 1
25..... 4	20..... 4	16..... 1,5
22..... 6	17..... 6	14..... 1
20..... 8	15..... 9	10..... 0,5
17..... 6	13..... 6	
15..... 4	11..... 4	
13..... 3	9..... 2	
11..... 2	8..... 1,5	
9..... 1,5	6..... 1	
8..... 1	4..... 0,5	
6..... 0,5		

OBSERVATION XI. — C. G., 46 ans, ébéniste.

Marié, femme bien portante, pas de fausse-couche, 1 enfant bien portant.

Entré le 8 novembre 1932, à Bicêtre.

Accident initial à l'âge de 19 ans.

Pas de traitement.

Début :

Agitation, manie aiguë.

Incohérence des paroles et des actes.

Actuellement :

Pas de troubles de la mémoire,

Euphorie complète,

Perte de l'auto-critique,

Automatisme mental conservé,

Légères idées de grandeur.

Examen du malade :

Aspect de satisfaction,
Pas de tremblement,
Dysarthrie,
Ecriture raturée.

Examen neurologique :

Pas de troubles de la marche,
Réflexes vifs, surtout à droite.
Cutané plantaire en flexion,
Analgésie testiculaire, cubitale et trachéale.
Pupilles étroites, déformées, ne réagissant pas à la lumière,
réagissant à l'accomodation.
Troubles trophiques : légère hypotonie musculaire.
V^{me} orteil droit amputé.

Examen viscéral :

Foie débordant de 2 travers de doigts le rebord des
fausses côtes.
Pas de grosse rate.
Cœur : 1^{er} bruit : légèrement assourdi.
2^e bruit : clangor.
Leucoplasie buccale à gauche.
Rien aux poumons.

L. C. R. :

alb. 0.52.
Lymphocytose : 2.6
Benjoin : 11221. 22221. 000000.

Sang :

B. W. ++
Hecht ++
Vernes : 19

Urines :

Glucose : 7 grammes

Albumine : 0.

Cholestérol : 0 gr. 50

Bras droit

20.....	1 1/2
18.....	2
17.....	2 1/2
15.....	4
14.....	5
13.....	4
12.....	4
11.....	4
10.....	3
9.....	1 1/2
8.....	1 1/2

Membre inférieur droit

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
28..... 1 1/2	28..... 1 1/2	25..... 1 1/2
25..... 2	25..... 2	20..... 1 1/2
20..... 5	20..... 5	15..... 4
17..... 6	17..... 5 1/2	12..... 4 1/2
15..... 5	15..... 4 1/2	10..... 3
13..... 4	13..... 2	9..... 1
11..... 2	11..... 1 1/2	8..... 1 1/2
9..... 1	10..... 1	
8..... 1 1/2	9..... 1 1/2	

Membre inférieur gauche

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
30..... 1/2	30..... 1/2	29..... 1/2
29..... 2	29..... 1	27..... 1
28..... 4	27..... 2	25..... 1 1/2
27..... 4 1/2	26..... 3	24..... 2
25..... 6	25..... 5	22..... 2 1/2
24..... 7	24..... 6	20..... 3
23..... 7 1/2	23..... 7	18..... 4
22..... 8	22..... 8	17..... 4 1/2
21..... 7	18..... 7 1/2	15..... 4
20..... 5	17..... 7	13..... 3
19..... 5	16..... 7	12..... 2
18..... 5	15..... 6	11..... 1 1/2
17..... 5	13..... 5	
16..... 4 1/2	11..... 3	
15..... 4	9..... 2	
14..... 3	8..... 1	
12..... 2	7..... 1/2	
10..... 1		
8..... 1/2		

OBSERVATION XII. — S. H., 50 ans.

Entré le 26 février 1934.

Début :

par affaiblissement intellectuel massif avec désorientation, le 19 février 1934.

Actuellement :

Amnésie.

Inconscience de son état.

Actes démentiels, turbulence.

Irritabilité.

Incapacité totale de se conduire.

Dysarthrie considérable.

Écriture impossible.

Examen neurologique :

Marche impossible.

Sensibilité diminuée, anesthésie trachéale et cubitale.

Réflexes vifs.

Babinski indifférent, pas de troubles trophiques.

Pupilles inégales, ne réagissant pas.

Examen viscéral :

Leucoplasie buccale.

Cœur : 2^e bruit claqué.

Foie : gros débordant de 2 travers de doigts le rebord des fausses côtes.

Poumons normaux.

P. L. :

Alb. 0.80.

Leucoc. 48.

Pandy + + —

WEICHBRODT ++

B. C. 22222. 22222. 10000.

Meinicki +

B.-W. +

Sang :

B.-W. +

Kahn +

Meinicke +

Bras droit

OBSERVATION XIII. — B. J., 44 ans.

Entré le 16 septembre 1929.

Marié, femme bien portante, pas d'enfant.

Il est impossible de préciser la date de l'accident initial.

Début :

incapacité de travailler, de se diriger au dehors, perte de la mémoire.

Actuellement :

affaiblissement intellectuel global,

désorientation,

troubles de l'auto-critique et du jugement.

Indifférence affective et inconscience de sa situation.

Alternatives de dépression et d'euphorie avec tendances mégalomaniaques.

Tremblement généralisé.

Dysarthrie.

Troubles de l'écriture.

Examen neurologique :

Pas de troubles de la marche.

Réflexes rotuliens exagérés.

Babinski en flexion.

Sensibilité diminuée presque abolie, trachéale, cubitale, testiculaire.

Les pupilles réagissent.

Examen viscéral :

Leucoplasie buccale bilatérale.

Cœur, bruits très assourdis.

Foie augmenté de volume.

Poumons normaux.

P. L. :

Alb. : 0.80,
 Leuco : 12,
 Pandy : —
 Weichbrodt : —
 B. C. : 1 2221. 22222. 21000.
 B.-W. : +
 Meinicke : +

Sang :

Hecht : +++
 B.-W. : +++
 Vernes : 11

Bras droit

15.....	1 1/2
15.....	1 1/2
11.....	2 1/2
10.....	2
8.....	1
7.....	1 1/2

Membre inférieur droit

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
25..... 1 1/2	20..... 1 1/2	18..... 1 1/2
23..... 1	18..... 1	16..... 1
20..... 2	15..... 2	15..... 1 1/2
17..... 3	13..... 3	13..... 2 1/2
15..... 3	12..... 3 1/2	11..... 3
13..... 4	10..... 2	10..... 2 1/2
11..... 3	8..... 1	8..... 1 1/2
10..... 2	7..... 1 1/2	
8..... 1		
5..... 1 1/2		

Membre inférieur gauche

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
25..... 1/2	22..... 1/2	18..... 1/2
23..... 1	20..... 1	16..... 1
20..... 2	16..... 4	14..... 2 1/2
18..... 3	14..... 6	12..... 3
15..... 4	12..... 7	10..... 2 1/2
12..... 3	10..... 4	8..... 1/2
9..... 2	8..... 3	
6..... 1	6..... 1 1/2	
5..... 1/2	5..... 1	
	4..... 1/2	

OBSERVATION XIV. — K. L., 46 ans.

Entré le 31 octobre 1933.

Veuf, 3 enfants bien portants,

Accident initial en 1914.

Pas de traitement.

Début :

affaiblissement intellectuel,
fugues, vols insignifiants,
accès épileptiformes,
perte de la mémoire,
inconscience de son état.

Actuellement :

oubli des dates, erreurs sur les faits précis,
amnésie partielle,
perte de l'auto-critique,
trémulation de la langue,
tremblement,
dysarthrie,
écriture raturée.

Examen neurologique :

pas de troubles de la marche,
réflexes rotuliens exagérés,
Babinski indifférent.

Sensibilité diminuée, trachéale, cubitale, testiculaire
abolies.

Pupilles inégales, ne réagissant pas, en myosis.

Examen viscéral :

Leucoplasie buccale bilatérale.

Cœur : deuxième bruit claqué,

poumons normaux,

foie, débordant les fausses côtes de 3 travers de doigts.

P. L. :

Alb. 1.10.

Glob. + + +

Leuco. 4.8.

B. C. 22222. 22222. 00000

B.-W. +

Meinicke +

Sang :

B.-W. +

Meinicke +

Kahn +

Bras droit

15.....	0,5
14.....	1
13.....	2
12.....	3
10.....	3,5
9.....	4
8.....	3
7.....	1,5
6.....	1
4.....	0,5

Membre inférieur droit

1/3 inférieur de la cuisse		1/3 supérieur de la jambe		1/3 inférieur de la jambe	
21.....	0,5	20.....	0,5	15.....	0,5
20.....	1	18.....	2	13.....	1
19.....	2	16.....	3	11.....	1,5
17.....	4	14.....	5	9.....	1
15.....	6	12.....	7	8.....	0,6
13.....	8	11.....	8		
11.....	9	9.....	4,5		
10.....	8	8.....	3		
9.....	6	6.....	1,5		
8.....	3,5	5.....	1		
7.....	3	4.....	0,5		
6.....	2				
4.....	1				
3.....	0,5				

Membre inférieur gauche

1/3 inférieur de la cuisse		1/3 supérieur de la jambe		1/3 inférieur de la jambe	
21.....	0,5	23.....	0,5	15.....	0,5
19.....	1,5	21.....	1,5	13.....	1
17.....	4	19.....	3	11.....	3/4
15.....	5	17.....	6	10.....	0,5
13.....	6,5	15.....	8		
11.....	7	13.....	9		
9.....	6	12.....	11		
7.....	3	11.....	12		
6.....	2	10.....	11		
5.....	1,5	9.....	8		
4.....	1	7.....	4		
3.....	0,5	6.....	3		
		5.....	2		
		4.....	1,5		
		3.....	1		
		2.....	0,5		

OBSERVATION XV. — R. C., 45 ans.

Entré le 9 juin 1933 à l'hospice de Bicêtre.

Marié, femme malade, pas d'enfant.

La date de l'accident initial ne peut être précisée.

Pas de traitement.

Début :

Impossibilité de travailler.

Très excité, il frappe et menace tout le monde, particulièrement sa femme, affaiblissement intellectuel, excitation psychique.

Actuellement :

Euphorie,
contentement de lui-même,
erreurs sur les faits précis,
tremblements,
trémulation de la langue,
dysarthie,
troubles de l'écriture.

Examen neurologique :

pas de troubles de la marche,
réflexes rotuliens exagérés,
Babinski indifférent.

Sensibilité diminuée, trachéale, cubitale, testiculaire conservée.

Inégalité pupillaire, pupille droite plus grande, paresse irienne, surtout à droite.

Examen viscéral :

leucoplasie sur les lèvres,
cœur : bruits un peu durs,

foie augmenté de volume (3 travers de doigts en dessous des fausses côtes).

Poumons normaux.

P. L. :

Alb. : 0.65.

Leuco : 2,4.

B. C. : 01000. 22222 21000.

B.-W. +

Meinicke +

Sang :

Hecht ++

B.-W. + + +

Kahn : ++

Bras droit

14.....	0,5
13.....	1
12.....	2
11.....	2,5
10.....	3
8.....	3,5
7.....	2,5
6.....	1,5
5.....	1
4.....	0,5

Membre inférieur droit

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
21..... 0,5	18..... 0,5	12..... 0,5
19..... 2	16..... 1,5	10..... 0,5
17..... 3	15..... 2,5	9..... 0,5
15..... 5	14..... 3	8..... 0,5
14..... 6	13..... 3,5	7..... 0,5

1/3 inférieur de la cuisse		1/3 supérieur de la jambe		1/3 inférieur de la jambe	
13.....	6,5	12.....	4,5	6.....	0,5
12.....	5	11.....	5	5.....	0
9.....	4	10.....	6		
7.....	2	8.....	6		
6.....	1,5	7.....	4		
5.....	1	5.....	2		
4.....	0,5	4.....	1		
		3.....	0,5		

Membre inférieur gauche

1/3 inférieur de la cuisse		1/3 supérieur de la jambe		1/3 inférieur de la jambe	
22.....	0,5	22.....	0,5	ébauche d'oscilla-	
20.....	1,5	21.....	1	tion, à 12	
18.....	2,5	19.....	3		
16.....	3	17.....	5	10.....	1/4
14.....	4	15.....	6,5	8.....	1/4
12.....	4	13.....	8	6.....	0
10.....	3	11.....	9		
8.....	1,5	10.....	11		
7.....	1	9.....	9		
6.....	0,5	8.....	6		
		7.....	4		
		6.....	3		
		5.....	2		
		4.....	1,5		
		3.....	1		
		2.....	0,5		

OBSERVATION XVI. — B. A., 48 ans.

Entré le 8 novembre 1932.

Présente des troubles mentaux caractérisés par un affaiblissement global des facultés intellectuelles.

Inconscience de son état.

Impossible de l'interroger.

Examen du malade :

Indifférent.

Tremblement de la langue.

Tremblement des lèvres.

Dysarthie complète.

Ecriture impossible.

Examen neurologique :

marche difficile,

sensibilité diminuée, anesthésie trachéale et cubitale,

réflexes rotuliens abolis,

Babinski en extension à gauche,

Inégalité, irrégularité pupillaire, Argyl.

Examen viscéral :

Leucoplasie.

Foie normal.

Rate normale,

râles de bronchite aux poumons.

Adénopathie sus-claviculaire gauche (**dure** avec un point ramolli).

Cœur : bruits impossibles à entendre.

P. L. :

Alb : 0.56.

Lymp. : 15.

B. C. 02220.22210.000000.

B. W. +

Sang :

Hecht +

B. W. +

Kahn : +

Bras droit

20.....	1 1/4
18.....	1 1/4
16.....	1 1/4
15.....	1
14.....	1
13.....	2
12.....	3
11.....	4
10.....	3
8.....	1 1/2
7.....	1 1/2

Membre inférieur droit

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
25..... 1 1/4	25..... 1 1/4	25..... 1 1/4
20..... 1 1/2	20..... 1 1/4	22..... 1 1/2
17..... 2	15..... 2 1/2	20..... 1
15..... 2 1/2	13..... 3	15..... 2
14..... 2 1/2	11..... 2 1/2	13..... 3
13..... 3	10..... 1 3/4	10..... 3
12..... 2	8..... 1 1/2	9..... 1 1/2
11..... 1 1/2		8..... 1 1/2
10..... 1		
8..... 1 1/2		

Membre inférieur gauche

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
23..... 1 1/4	25..... 1 1/4	25..... 1 1/4
21..... 1 1/2	21..... 1	20..... 1 1/4
20..... 3/4	18..... 1 1/2	17..... 3/4
18..... 1	17..... 2 1/2	15..... 1
17..... 1 1/2	16..... 4	12..... 3
16..... 2	15..... 5	10..... 2 1/2

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
15..... 3	14..... 4	9..... 1 1/2
14..... 4	12..... 2 1/2	8..... 1/2
11..... 3 1/2	10..... 2	
9..... 2 1/2	9..... 1	
8..... 2	8..... 1/2	
7..... 1		
5..... 1/2		

OBSERVATION XVII. — C. G., 36 ans.

Marié, femme bien portante, un enfant de 5 ans bien portant.

Entré le 26 avril 1933 à l'Hospice de Bicêtre.

L'accident initial remonte à 5 ans.

Début :

Troubles de la mémoire en janvier 1933 (fugue de Paris à Senlis à pied).

Automatisme mental conservé,
perte modérée de l'auto-critique,
euphorie complète.

Pas de délire systématisé, pas d'idée de grandeur.

Légère dépression mélancolique.

Examen du malade :

Aspect de satisfaction béate.

Tressaillements musculaires péri-buccaux très peu marqués.

Pas de tremblement de la langue.

Dysarthrie légère.

Écriture raturée.

Examen neurologique :

Pas de troubles de la marche.

Sensibilité diminuée avec analgésie cubitale et testiculaire.

Réflexes rotuliens abolis.

Babinski en flexion bilatéral.
Réflexes cutanés normaux.
Pas de troubles trophiques.
Pupille droite ne réagit pas.
Pupille gauche réagit très légèrement.
Pas d'inégalité pupillaire.

Examen viscéral :

Leucoplasie à la face interne de la joue gauche.
Pas de souffle systolique de la base, 2^e bruit claqué.
Pas de gros foie, pas de grosse rate.

P. L. :

T: 40.

Alb. O.40.

Globuline : — R. Pandey + ; — R. Weichbrodt +

Leuco : 2 .

B. C. 2210. 02210. 00000.

B.-W. partiellement +

R. de Meimicke —

Bras droit

29.....	1 1/2
27.....	1
25.....	1 1/2
22.....	2
21.....	4
20.....	4
19.....	4
18.....	4
17.....	4
16.....	4
15.....	3
14.....	2 1/2
13.....	2
12.....	1 1/2
11.....	1
9.....	1 1/2

Membre inférieur droit

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
35..... 1 1/2	35..... 1 1/2	30..... 1 1/2
34..... 1	34..... 1	25..... 1
33..... 3	33..... 1 1/2	20..... 3
32..... 3	32..... 1 1/2	15..... 5
31..... 4	31..... 2	10..... 1 1/2
30..... 4	30..... 3	5..... 1 1/4
29..... 5	29..... 3 1/2	
28..... 5	28..... 4	
27..... 6	27..... 5	
26..... 7	26..... 5 1/2	
25..... 7	25..... 6	
23..... 7	24..... 6	
21..... 8	23..... 7	
19..... 7	22..... 7	
18..... 7	21..... 8	
17..... 7	20..... 9	
16..... 6	19..... 9	
15..... 5	18..... 9	
14..... 4	17..... 10	
13..... 4	16..... 10	
12..... 3	15..... 9	
11..... 2 1/2	14..... 7	
10..... 2 •	13..... 7	
9..... 2	12..... 6	
8..... 1	11..... 4	
7..... 1 1/2	10..... 3	
	9..... 1 1/2	
	8..... 2	
	7..... 2	
	6..... 1 1/2	
	5..... 1 1/2	

Membre inférieur gauche

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
35..... 1 1/2	35..... 1 1/2	35..... 0
34..... 1	20..... 2	30..... 1 1/2

Maurice Lair.

1/3 inférieur de la cuisse	1/3 supérieur de la jambe	1/3 inférieur de la jambe
33..... 1 1/2	25..... 6	25..... 1 1/2
32..... 2	20..... 9	20..... 3 1/2
31..... 2 1/2	15..... 11	15..... 4
30..... 3	10..... 5	10..... 2
29..... 4	5..... 1	5..... 1 1/2
28..... 4	4..... 1	
27..... 5	2..... 1 1/2	
26..... 6		
25..... 6		
24..... 7		
23..... 8		
22..... 8		
21..... 7 1/2		
20..... 7 1/2		
19..... 7 1/2		
18..... 7 1/2		
17..... 7 1/2		
16..... 7		
15..... 5		
14..... 4 1/2		
13..... 3		
12..... 2		
11..... 2		
10..... 1 1/2		
9..... 1		
8..... 1 1/2		

DÉDUCTIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE NOS OBSERVATIONS

Les signes cliniques des artérites syphilitiques n'ont absolument aucun caractère pathognomonique. Seule l'existence d'une ectasie est à elle seule une preuve quasi formelle de syphilis. Le problème diagnostique des artérites syphilitiques est toujours extrêmement complexe, du fait de l'intrication d'étiologies multiples.

On peut poser en principe que ce diagnostic est relativement facile au début chez des malades où d'autres facteurs étiologiques n'ont pas eu encore le temps de jouer. C'est dans ces formes d'ailleurs qu'on trouve assez souvent des réactions biologiques positives. L'examen anatomo-pathologique montrerait des aspects assez caractéristiques : panartérite, artérite gommeuse ou artérite chronique syphilitique pure sans athérome. L'artériographie décèlerait dans ces cas une ou des oblitérations segmentaires sans altérations des parois vasculaires qui conservent leur régularité, leurs calibres normaux avec circulation collatérale parfaite.

Mais ce sont là des conditions cliniques idéales,

exceptionnelles et en réalité on se trouve devant deux problèmes principaux :

L'un, absolument classique, qui est de savoir si l'on est en présence d'artérite syphilitique pure ou combinée avec d'autres étiologies, ou si on se trouve en présence d'artérite chez un syphilitique. Nous avons vu, au cours de cette étude, combien l'enquête étiologique doit être minutieusement poussée, combien l'examen clinique doit être approfondi, afin de grouper la série des signes de présomption en faveur de l'une ou l'autre éventualité. L'artériographie pourra dans ces cas, par la localisation spéciale des lésions faire pencher peut-être un diagnostic hésitant. Ce sera surtout en comparant les nombreux clichés de diverses artérites, qu'on pourra établir avec plus de certitude les éléments précis des artériogrammes, des artérites syphilitiques. Mais dès maintenant l'artériographie peut révéler de petits anévrysmes vasculaires méconnus qui affirmeraient la nature syphilitique d'une artérite dont rien d'autre ne permettrait de préciser l'origine réelle (Obs. I).

L'autre qui est de rechercher les artérites latentes chez les syphilitiques.

Il n'est pas dans notre intention d'envisager ici le traitement des artérites syphilitiques. Cependant nous voulons insister sur les méthodes thérapeutiques modernes qui peuvent être appliquées avec fruit, et il semble au même titre qu'aux autres artérites.

En dehors du traitement médical général des

artérites, médication anti-coagulante, médication anti-spasmodique, médication iodée-intensive, agent physiques, cure hydro-minérale, le traitements anti-symphilitique a été largement discuté dans son application. Actuellement la majorité des auteurs sont d'accord de l'instituer chez des malades n'ayant pas atteint la soixantaine et chez lesquels l'examen général aura montré que l'état du foie et du rein sont suffisamment satisfaisants. Parmi ces traitements, l'arsenic, le mercure et le bismuth ont des partisans, le mercure et le bismuth semblent en avoir davantage que l'arsenic ; surtout on tâchera d'associer à ce traitement l'iodure, spécialement sous forme de sirop de Gibert, mais avec prudence. Il faudra que le traitement soit suffisamment important, suffisamment prolongé avant de juger de son efficacité.

Chez les sujets ayant dépassé la soixantaine le traitement spécifique est pratiquement abandonné. La résistance organique, l'état des divers parenchymes, hépatiques, et rénaux, ne permettraient qu'un traitement trop discret. On risquerait beaucoup plus en réactivation syphilitique et dans ces conditions le mieux est de s'abstenir. Alors, que faire ? Ainsi que le dit G. LEMOINE, il faut s'en tenir : « au traitement et au régime décholestérinant, de façon d'abord à arrêter l'évolution des lésions, puis à les faire recéder ; c'est donc le régime sans cholestérine qu'il faut faire suivre très scrupuleusement et les dissolvants de la cholestérine qu'il faut prescrire. Ici, éviter

l'iodure à tout prix, car il ne sert qu'à aggraver le mal en favorisant le développement de l'athérome. Il faut recourir aux véritables dissolvants des cristaux cholestériques, aux phosphates alcalins, aux phosphatides organiques colloïdaux. Ce sont eux en effet qui possèdent le pouvoir dissolvant le plus étendu. Cependant, il faut bien connaître l'inconstance d'action de ces thérapeutiques. Aussi conçoit-on que l'on ait recherché des remèdes plus efficaces permettant une amélioration fonctionnelle durable.

Grâce aux remarquables travaux de LERICHE, l'artériectomie est entrée dans une phase d'application pratique et l'on peut dire qu'une artérite segmentaire syphilitique est tout aussi justiciable de ce mode de traitement, que tout autre variété d'artérite pré-sénile et sénile, le résultat étant exactement le même : disparition du point de départ des réflexes douloureux, rôle favorisant sur la circulation collatérale.

Pour que cette artériectomie soit faite dans des conditions idéales, il est nécessaire que le diagnostic d'artérite syphilitique soit fait assez précocement, c'est pourquoi nous considérons que, en dehors des cas où le diagnostic est pour ainsi dire forcé par la symptomatologie fonctionnelle, il faut systématiquement rechercher l'existence d'une artérite syphilitique latente chez un malade que l'on soupçonne d'être syphilitique ou qui présente une lésion viscérale, évolutive ou non, due au tréponème pâle.

Et un des buts de ce travail a été d'apporter la

preuve de la fréquence de ces artérites latentes. Nos observations de 14 malades atteints de paralysie générale progressive, le démontrent, semble-t-il, amplement.

CONCLUSIONS

I. — Le rôle de la syphilis comme facteur de lésions vasculaires est connu depuis longtemps. Son importance a été diversement interprétée. Actuellement, en dehors des artérites ectasiantes où son rôle est quasi-constant, on lui dénie l'importance que lui accordaient les classiques dans les artérites oblitérantes.

II. — Le problème de l'étiologie syphilitique des artérites est complexe. C'est avant tout le fait des syphilis^{es} acquises. Il existe en clinique deux grands aspects de ces formes.

a) Un malade a une artérite, il a la syphilis. Cette artérite est-elle syphilitique. Il ne faut pas se presser de conclure ; il faut faire une enquête étiologique complète : âge, sexe, profession, hétéro-intoxication, auto-intoxication, infection, troubles humoraux, car il existe de véritables cumuls morbides étiologiques où il est difficile de faire la part de ce qui revient aux différents éléments.

C'est le cas de plusieurs de nos observations.

b) Un malade est syphilitique. On trouve chez lui

par l'examen complet du système artériel, une artérite des membres inférieurs. S'il n'y a pas d'autre étiologie, c'est une artérite syphilitique latente, dont le diagnostic précoce est important. Nous pensons que c'est là une éventualité assez fréquente comme le prouvent nos 14 observations de malades atteints de paralysie générale progressive.

III. — Rien dans les caractères cliniques des artérites syphilitiques ne permet d'affirmer leur étiologie. Seul un examen anatomo-pathologique fait à une période précoce pourrait montrer les trois grandes variétés de lésions typiquement syphilitiques :

- La panartérite syphilitique ;
- L'artérite gommeuse syphilitique ;
- L'artérite ectasiente.

Mais bien souvent l'examen anatomo-pathologique ne sera fait qu'à la fin de l'évolution et alors il est souvent impossible de poser d'une manière formelle le diagnostic d'artérite syphilitique dont les lésions sont si communément intriquées avec l'athérome.

IV. — Le rôle de l'artériographie dans les artérites des membres inférieurs a été bien précisé par les travaux de REYNALDO DOS SANTOS. Ce nouveau procédé d'exploration permet de localiser une oblitération, sa limite supérieure, sa limite inférieure, son étendue, la valeur de la circulation collatérale.

Dans l'artérite syphilitique elle peut donner des résultats dont la précision est d'autant plus grande

qu'elle est faite dès les premiers signes fonctionnels de l'affection.

Plus tard, elle montre avant tout l'importance des lésions d'athérome associées.

V. — Le traitement des artérites syphilitiques doit être médical ; on a discuté sur le mode d'application du traitement antisyphilitique. Il ne faudra le faire que chez les sujets relativement jeunes, pouvant supporter un traitement efficace. Chez les sujets âgés, ce sera avant tout le régime, les antispasmodiques, la cure hydro-minérale.

Mais surtout, grâce à l'artériographie, on pourra probablement faire souvent l'artériectomie dont le résultat sera intéressant à deux points de vue : d'une part, elle supprime le point de départ des réflexes douloureux et par conséquent atténue la symptomatologie fonctionnelle ; d'autre part, elle modifie d'une façon particulièrement heureuse la circulation collatérale en réalisant d'une façon absolue une sympathectomie.

Vu :
Le Doyen,
G. ROUSSY

Vu :
Le Président,
SERGENT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER ;
Le Recteur de l'Académie de Paris,
BARTHELEMY .

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD (C.) et THIERS (J.). — Artérite syphilitique des membres inférieurs ; radiographies des artères (*Bull. et Mém. Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1924, XLVIII, 533, 535).
- ARUTJUNOW (G.) et JORDAN (A.). — Ueber Gangrän der unteren Extremitäten bei Syphilis (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, n° 18, 30 avril 1927).
- BELKOWSKI. — Syphilis of the arteries of the extremities (*Gaz. lek. Warszawa*, 1906, 2. s. XXVI, 1249-1280-1309).
- BOHA. — Hémiplegie par endartérite syphilitique et réulcération chancreuse (*El Siglo Medico*, n° 4066, 14 novembre 1931, p. 485).
- BONNET. — Artérites oblitérantes chez un syphilitique observé depuis 17 ans (*Soc. Nationale de Méd. et des Sc. méd. de Lyon*, 17 mars 1926).
- BONNET (L. M.). — Artérites syphilitiques multiples. Oblitération de la sous-clavière, tardivement la circulation du membre correspondant redevient presque normale (*Lyon Méd.*, 1^{er} août 1926).
- BONNET (L. M.) et COURJON. — Artérites syphilitiques, considérations sur les conséquences de l'oblitération des artères périphériques (*Lyon Médical*, 1909, CXII, 813-824).
- BORY (L.). — Contribution à l'étude anatomique de l'artérite syphilitique des membres (*Ann. des Maladies vénériennes*, Paris, 1908, III, p. 801-830).
- BULBRICH et BEHR (Oscar). — Artérite secondaire à la syphilis bronchique (*Soc. Med. Int. Buenos-Ayres*, 1925).
- LIAN (Camille) et FACQUET (Jean). — Du rôle étiologique de la syphilis dans les lésions des artères (*La Prat. Méd. franç.*, 13^e an., n° 1, janv. 1932).

- CAPUCCIO. Claudie. intermit., embolie de l'humérale gauche par syphilis (*Gazz. degli ospedale e delle clin.*, 1^{er} juin 1902).
- CAUSSADE (G.) et LEVY FRANCKEL (G.). — Un cas d'artérite syphilitique des collatérales des doigts, guéri par le traitement mercuriel (*Bulletins de la Société franç. de Dermatologie*, 1913, XXIV, p. 236-241).
- CIPOLLINA. — Contributo allo studio dell' endoarterite sifilica (*Clin. med. ital.*, Milano, 1902, XLI, 579-583).
- DARIER (Jean). — De l'artérite syphilitique (Paris, J. Rueff, 1904, in-8°, vi-164 p. et 16 pl.).
- DARIER. — De l'artérite syphilitique (in-8°, Paris, 1904).
- DARIER. — Syphilis artérielle ou de l'artérite syphilitique (*Syphilis Paris*, 1906, IV, p. 86-109).
- DAVIES. — Arteriovenous anastomosis for gangrene dueto syphilitique endarteritis (*Proc. Roy. Soc. Med. Lond.*, 1911-12, V : Clin. Sect., 25-27).
- DEHAN et HEITZ. — Syphilis et artérite oblitérante des membres inférieurs (*Arch. Mal. Cœur*, juin 1914).
- DE JONG. — Etudes anatomo-pathologiques de la syphilis pulmonaire (*Ann. d'Anat. pathol.*, t. III, n° 3, mars 1926).
- DEVE (F.). — Deux cas d'artérite syphilitique en activité avec réactions sérologiques négatives (*La Normandie Médicale*, n° 6, juin 1931, p. 172).
- D'HOLLANDER (F.). — Contribution à l'étude de l'endartérite syphilitique (*Soc. de Méd. mentale de Belgique*, séance du 19 déc. 1931).
- DURANDARD. — Contribution à l'étude des artérites syphilitiques des membres (*Thèse de Paris*, 1902, in-8°).
- DURANTE. — Les artérites oblitérantes syphilitiques des vaisseaux pleuraux (*Soc. Anat.*, 2 juin 1927).
- FEROND et LECONTE. — Un faux Raynaud. Panartérite syphilitique (*Soc. Belge de Dermat. et de Syphil.*, Séance du 12 fév. 1933 in : *Bruxelles Méd.*, n° 17, 26 fév. 1933).
- GAUCHER. — Les artérites syphilitiques (*Progr. Méd.*, Paris, 1913, XXIX, p. 475-478).
- GAUCHER et BORY. — Artérite syphilitique et gangrène du pied gauche (*Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, Paris, 1908, XIX, p. 58-62).

- GOWERS. — On a case of syphilitic arterial disease (*Brit. M. J. Lond.*, 1901, II, p. 1581-1584).
- GRAU. — Un caso de arteritis sífilítica (*Actas y trab. de 1º Congr. med. nac.*, Habana, 1905, 1, p. 109-112).
- HARE (Dorothy C.) et ROSS (Juan M.). — Syphilitic Disease of the pulmonary arteries (*The Lancet*, n° 5538, october 19, 1929, p. 806).
- HAYS. — Arterial disease due to syphilis (*Louisville Month. J. M. et S.*, 1914-15, XXI, p. 1-8).
- HUMMEL. — Syphilitic disease of the arteries of the central nervous system with detailed report of a case (*J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1910, LV, p. 994-997).
- IGLESIA et CARRAL. — Arteritis syphilitica localizacion cerebral. (*Ciencia med. Madrid*, 1897, IV, p. 334-337).
- KLOTZ. — Peripheral syphilitic arteritis (*J. Cutan Dis. incl. Syph. H. Y.*, 1907, XXV, p. 449-459 ; *Internat. Dermat. Congr.*, VI, 1907 ; *Tr. N. Y.*, 1908, II, 812-825).
- KNAFF (Edmond). — Un cas rare de gangrène partielle des extrémités inférieures chez un syphilitique (*Rev. Med. de 14 Est* 1º juillet 1927, t. LV, n° 13, p. 362).
- LABBE (M.) et DENOYELLE (L.). — Artérite syphilitique des membres simulant un syndrome de Raynaud (*Bulletins et Mémoires de la Soc. Médicale des Hôp. de Paris*, 1925, 3^e sér., XLIX, p. 482-485).
- LAUBRY et THOMAS. — Les formes anatomo-cliniques des artérites pulmonaires chez les syphilitiques (*B. et M. Soc. Méd. d's Hôp. de Paris*, 14 janv. 1927, p. 9-26).
- LAUBRY et THOMAS. — Formes anatomo-cliniques des artérites pulmonaires des syphilitiques (*Presse Médic.*, 26 janv. 1927).
- LEMOINE (G.). — Traitement des maladies artérielles chez les syphilitiques (*Revue moderne de Médecine et de Chir.*, mars 1932).
- LERICHE. — L'artériectomie (Masson, 1934).
- LETULLE. — Syphilis artérielle (*Presse Méd.*, Paris, 1896, p. 605-608).
- LETULLE. — Contribution à l'étude de la syphilis artérielle. Les ruptures spontanées de l'aorte par aortite scléro-atrophique (*Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris*, 1909, LXXXIV, p. 473-509).

- LEUDET. — Curabilité de l'artérite syphilitique (*Ass. franç. pour l'avanc. des Sc. C. R.*, 1884, Paris, 1885, XIII, pt. 2, p. 452-459).
- LIAN (C.) et FACQUET (J.). — Rôle étiologique de la syphilis dans les lésions des artères (*L'Union Médicale du Canada*, t. LXI, n° 5, mai 1932).
- LIAN (C.) et FACQUET (J.). — Rôle étiologique de la syphilis dans les grands syndromes artériels (*Rev. Thérap. des Alcaïoïdes*, avr. 1932, 4^e s. et n° 4).
- MARCHAND (L.). — Paralyisie générale et ramollissements multiples du cerveau par endartérite spécifique (*Bull. Soc. clin. de Méd. ment.*, 15 : 133-137, May-July 1927).
- Mc PHEDRAN. — Syphilitic disease of the arteries (*N. Y. State J. M., N. Y.*, 1916, XVI, p. 10).
- MILIAN. — Syphilis artérielle (*Progr. Médical*, Paris, 1909, 3, 1, XXV, p. 21).
- MILIAN et LAUNAY. — Ulcérations des orteils par artérite syphilitique (*Bull. Soc. fr. de Dermat. et Syph.*, 1928, p. 397).
- NORDMAN. — Gangrène du pied par artérite syphilitique (*Loire Médicale*, Saint-Etienne, 1909, XXVIII, p. 75-77).
- PETIT (Jacques). — Artérite syphilitique secondaire (*La Normandie Médicale*, n° 4, avril 1933).
- PIATOT. — Diagnostic étiologique précoce des affections artérielles, rôle capital de la syphilis (*Paris Méd.*, 1911-12, 631-634).
- RACINE (M.) et REBOUL (H.). — Considérations générales sur l'exploration radiologique des artères périphériques, de l'aorte et des ventricules après injection de substances de contraste (*Journal Médical français*, avril 1934).
- RACINE (M.) et REBOUL (H.). — La ventriculographie cardiaque gauche expérimentale (*Journal Médical français*, avril 1934).
- RACINE (M.) et REBOUL (H.). — Les modifications électrocardiographiques au cours de la ventriculographie cardiaque par expérimentation (*Presse Médicale*, 12 juillet 1933).
- REBOUL (H.) et RACINE (M.). — L'artériographie des membres (*Journal Médical français*, avril 1934).
- REBOUL (H.) et RACINE (M.). — L'aortographie (*Journal Médical français*, avril 1934).

- REBOUL (H.) et RACINE (M.). — Le retentissement cardio-vasculaire des injections de substances de contraste dans le ventricule gauche (*Presse Médicale*, déc. 1933).
- REYNALDO DOS SANTOS. — L'artériographie et l'aortographie abdominale (Masson, 1933).
- RIBAS SOBERANO, BLONDEL (A.), LIAN (Camille) et BARRIEU (R.). — Remarques critiques sur le rôle étiologique de la syphilis dans les principales maladies des artères (*Paris Médical*, n° 27. 4 juillet 1931, 21^e année).
- RUDAUX et DURANTE. — Artérite syphilitique pleurale (*Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, 3^e sér., LII, 1928, p. 878).
- SEZARY (A.). — A propos de la curabilité de l'hémiplégie par artérite syphilitique (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1924, 3^e sér., XLVIII, p. 1448-1450).
- SEZARY (A.) et BENDA. — Curabilité de l'hémiplégie par artérite syphilitique (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1924, 3^e sér., XLVIII, p. 1386-1392).
- SEZARY. — Histo-microbiologie de l'artérite syphilitique (*Presse Méd.*, Paris, 1910, XVIII, p. 929-931).
- TROISFONTAINES. — Gangrène de la phalange par artérite syphilitique oblitérante (*Journ. des Maladies cutanées et syph.*, Paris, 1908, XIX, p. 36-38).
- TROYAUX (N.). — Artérite et gangrène syphilitiques des membres (*Thèse de Paris*, 1925, in-8°, n° 301, Vigot, éditeur, 23, rue de l'Ecole de Médecine, Paris).
- VANZETTI. — Ricerche sperimentali sull'arterite sifilitica du grandi vasi (*Pathologica*, Genève, 1909-10, II, p. 441-442 ; *Gior. d. r. Accad. di med. di Torino*, 1910, 4 s., XVI, p. 276-278).
- WALHER. — Syphilitische Arteritis (*Internat. dermat. Hong.*, Verhandl. u. Ber., 1904, Berl., 1905, II, p. 238-248).
- ZEMAN. — Syphilitic arteriosclerosis of the pulmonary artery pretenting clinically the symptoms of ayerza's disease (*Proc. N. Y. Path. Soc.*, 1923, p. 58).

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 21-6-1934.

